This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

Phil 931.15

HARVARD COLLEGE
LIBRARY

FROM THE LIBRARY OF
JEAN SANCHEZ ABREU
(CLASS OF 1914)

September 14, 1918

LA

NEURASTHÉNIE

— ÉPUISEMENT NERVEUX —

DU MÊME AUTEUR

La Fièvre typhoïde traitée par les bains froids. En collaboration avec M. R. Tripier. Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils, in-8 de 610 pages. — Traduit en Allemand par M. Pollack.

Traité de l'empyème. Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils, in-8, de 890 pages.

Études étiologiques sur les foyers cholériques de l'Ardèche. Lyon, 1885, J.-P. Mégret, brochure de 120 pages.

De la tachycardie essentielle paroxystique (Revue de médecine, 1889).

Des Sueurs morbides. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1880, in-8, 148 p.

Cas d'épilepsie jacksonienne par lésion sous-corticale (Lyon médical, 1884).

Cécité totale par lésion corticale (Lyon médical, novembre 1887).

Un cas de myoclanie (chorée électrique) (Lyon médical, 1890).

Spasmes cliniques du pharynx. Aérophagie hystérique (Revue de médecine, 1891).

LYON. — IMPRIMERIE PITRAT AINÉ, 4, RUE GENTIL

LA NEURASTHÉNIE

— ÉPUISEMENT NERVEUX —

PAR

L. BOUVERET

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON

Deuxième édition revue et augmentée

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1891

Tous droits réservés

Phil 6951.15

HARVARD COLLEGE LIBRARY
FROM THE LIBRARY OF
JEAN SANCHEZ ABREU
SEPT. 14. 1918

INTRODUCTION

La neurasthénie n'a guère que des symptômes subjectifs. Les signes objectifs, appréciables par les procédés ordinaires de l'investigation clinique, y sont très peu nombreux. Dans beaucoup de cas, ils font même entièrement défaut. C'est là un obstacle à l'étude de cette névrose. De plus, les traits du tableau clinique y sont généralement mal accusés. La neurasthénie n'a pas de phénomènes morbides qui sollicitent vivement l'attention du clinicien, comme les attaques convulsives, les paralysies, les contractures, les anesthésies de l'hystérie.

Jusqu'à ces dernières années, une sorte de discrédit était attaché à l'étude de cette affection nerveuse. Elle ne trouvait point place dans les ouvrages classiques, ou bien elle n'y était représentée que par l'irritation spinale. Beard [1]

[1] Beard, *Die sexuelle Neurasthenie*, traduction allemande, Vienne, 1885, p. 8.

raconte quelque part quelles difficultés il rencontra pour publier dans un journal de médecine ses premiers travaux sur l'épuisement nerveux. H. Spencer était alors en Amérique ; il déclarait que des recherches de ce genre ne pouvaient intéresser le public médical. En effet, à une époque où la pathologie des affections organiques du système nerveux offre encore une si riche moisson d'observations nouvelles, il semble que le clinicien soit peu tenté de s'attarder à l'étude d'une affection nerveuse dont les symptômes paraissent obscurs et qui n'a point d'anatomie pathologique.

Cependant la neurasthénie est une maladie commune et avec laquelle le pathologiste et le praticien ont également à compter. Elle confine à diverses maladies nerveuses, à des névroses et à des psychoses, dont la nosologie doit la séparer. Le praticien qui n'a point appris à reconnaître les états neurasthéniques est exposé à de regrettables erreurs de diagnostic. Certaines formes de l'épuisement nerveux simulent le début de quelques affections organiques du cerveau et de la moelle épinière.

La neurasthénie n'est pas seulement, comme on le croit encore généralement, la névrose des classes élevées, des gens qui ont une certaine culture intellectuelle. On la rencontre aussi dans les classes inférieures, et elle n'est point rare dans la pratique hospitalière. Elle y apparaît isolée ou combinée à l'hystérie, soit spontanément, soit sous l'influence des traumatismes.

La plupart des malades que nous qualifions de nerveux, bizarres, hypocondriaques, après un examen médical trop souvent incomplet, sont de vrais neurasthéniques. Nous

nous débarrassons d'eux en leur conseillant quelque cure thermale ou l'usage indéfiniment prolongé des médicaments antispasmodiques. Les neurasthéniques ont droit à plus de sollicitude. Ce sont de vrais malades qu'on peut souvent améliorer et parfois guérir. Quelque variés et disparates que soient les symptômes de la maladie dont ils souffrent, il est cependant possible d'étudier ces symptômes, comme on étudie ceux de l'hystérie.

Il est vrai que la neurasthénie provoque des troubles fonctionnels très divers du système nerveux et qu'elle les associe en de nombreuses formes cliniques. Cependant, lorsqu'on a patiemment observé un certain nombre de neurasthéniques, on est frappé de ce fait, sur lequel insiste avec tant de raison M. Charcot, à savoir que, quelle que soit la diversité des causes, des symptômes et des formes cliniques, il y a entre tous ces états nerveux des traits communs, qui sont constants ou à peu près constants, et qui témoignent très nettement de l'autonomie de la neurasthénie. Que le patient soit un homme du monde frappé par un grand revers de fortune, qu'il soit un ouvrier illettré, victime d'un traumatisme, le tableau clinique peut présenter dans les deux cas les mêmes symptômes, si bien que, comme le fait encore observer M. Charcot, en ne considérant que ces symptômes, il peut être impossible de reconnaître la cause de la maladie nerveuse. Ainsi que l'hystérie, la neurasthénie a des symptômes cardinaux qui dominent les autres troubles fonctionnels de fréquence et de valeur moindres et qu'on peut aussi qualifier de stigmates neurasthéniques.

Je n'ai pas l'intention de faire l'historique de l'épuise-

ment nerveux. Assurément, la maladie n'est pas nouvelle. Imparfaitement décrites, la plupart des formes cliniques en sont cependant depuis longtemps connues. A la neurasthénie appartiennent l'*irritation spinale* de Frank, le *névrospasme* de Brachet, l'*état nerveux* de Sandras, la *névralgie protéiforme* de Cerise, la *névralgie générale* de Valleix, le *nervosisme* de M. Bouchut[1], la *névropathie cérébro-cardiaque* de Krishaber.

La richesse de cette terminologie est d'ailleurs la preuve d'une difficulté réelle à définir la neurasthénie et à en tracer les limites. De là une tendance à grouper certains symptômes et à les présenter comme des espèces nouvelles dans la famille des névroses. Ainsi furent constituées la névralgie générale, l'irritation spinale et la névropathie cérébro-cardiaque. Or, il n'est pas douteux aujourd'hui que ce ne sont point là des névroses distinctes, mais seulement des formes cliniques d'une névrose plus générale, la neurasthénie ou épuisement nerveux.

Cette conception nouvelle est attribuée à un médecin américain, Beard[2], de New-York. C'est à lui que nous devons le terme de *neurasthénie*, aujourd'hui très généralement accepté. Observant en Amérique où la maladie est, paraît-il, bien plus fréquente qu'en Europe, il a pu en étudier plus complètement les très nombreuses manifestations. On pourrait même reprocher à l'auteur américain un trop grand luxe de détails. Il est probable qu'il a trop

[1] Bouchut, *Du Nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses*, 2e édition, Paris, 1877.

[2] G. Beard, *Die Nervenschwäche (Neurasthenia)*, traduction allemande de M. Neisser, Leipzig, 1883.

agrandi le cadre de la neurasthénie. Dans sa monographie, plusieurs formes cliniques restent encore confuses, et les principaux symptômes, si nécessaires pour établir le diagnostic, ne sont pas suffisamment mis en lumière.

Un autre médecin américain, M. Weir Mitchell[1], nous a fait connaître, dans une monographie pleine de vues originales, une des formes les plus communes de la neurasthénie, forme particulièrement observée chez la femme. Il a proposé un traitement nouveau de cette neurasthénie féminine, basé sur la combinaison systématique de certains agents physiques. Ce traitement possède une réelle efficacité, et il commence à remplacer, chez nous comme en Amérique, le traitement banal du névrosisme grave de la femme par les antispasmodiques et l'hydrothérapie.

Les publications des deux médecins américains ont beaucoup contribué à éclairer l'histoire de la neurasthénie. Elles en ont bien établi l'autonomie. Elles eurent encore un autre résultat non moins heureux. Elles appelèrent définitivement l'attention du public médical sur cette névrose si fréquente et si mal connue, et les plus éminents cliniciens commencèrent à l'observer et à l'admettre dans leur enseignement. L'étude de la neurasthénie sortit ainsi du discrédit dans lequel elle était tombée. Depuis 1880, époque à laquelle les ouvrages de Beard et de M. Weir Mitchell furent connus en Europe, les publications deviennent de plus en plus nombreuses, et presque toutes

[1] Weir Mitchell, *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes de l'hystérie*, traduction française de M. O. Jennings, Paris, 1888.

témoignent de la même rigueur d'observation que nous sommes habitués à rencontrer aujourd'hui dans l'étude des maladies nerveuses.

C'est en m'appuyant sur les travaux de Beard et de M. Weir Mitchell, sur les publications postérieures et sur un certain nombre d'observations personnelles, que je vais essayer de retracer l'histoire de la neurasthénie.

LA

NEURASTHÉNIE

— ÉPUISEMENT NERVEUX —

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET NATURE DE LA NEURASTHÉNIE

La neurasthénie est une affection sans lésion organique, une névrose, pouvant atteindre toutes les parties, non seulement du système cérébro-spinal, mais aussi du système de la vie organique. On la définit généralement : *un affaiblissement durable de la force nerveuse.* De là ces expressions de *faiblesse nerveuse*, d'*épuisement nerveux*, souvent employées comme synonymes de neurasthénie.

Cette définition n'est pas suffisamment complète. Aux symptômes de dépression, d'affaiblissement de la force nerveuse, sont souvent associés des symptômes d'excitation, et cette association est assez exactement désignée sous le nom de faiblesse irritable. Nous ne pouvons présumer la nature de la maladie que par une induction fondée sur l'observation des symptômes. Il est probable qu'il s'agit d'un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux. Deux propriétés de ces éléments sont compromises : ils

réparent plus lentement la force épuisée et ils n'accumulent plus au même degré la force produite. De là ce double caractère de faiblesse et d'irritabilité, propre à la plupart des états neurasthéniques.

Les centres nerveux réagissent les uns sur les autres. Les centres supérieurs exercent sur les centres inférieurs une influence d'inhibition. Ils en règlent et en modèrent l'activité. Ainsi nous connaissons bien l'influence modératrice du cerveau sur la moelle épinière. C'est par le faisceau pyramidal que les centres moteurs cérébraux et spinaux sont mis en relation. Une interruption de ce faisceau a pour conséquence l'exagération du pouvoir réflexe de la moelle. Il y a beaucoup d'autres influences modératrices de ce genre dans le fonctionnement du système nerveux.

La neurasthénie trouble cette fonction d'inhibition, comme les autres fonctions. De cette insuffisance des actions modératrices procède l'exagération du pouvoir réflexe dans les centres de la vie de relation et de la vie organique. Des excitations légères qui, dans un système nerveux bien équilibré, s'épuisent rapidement et s'évanouissent sans provoquer aucune réaction, peuvent, au contraire, chez un homme frappé d'épuisement nerveux, susciter des actes réflexes nombreux et d'une énergie hors de proportion avec le degré de ces excitations elles-mêmes. C'est ainsi que nous pouvons comprendre comment des symptômes d'excitation figurent si fréquemment dans le tableau clinique de la neurasthénie.

Cette faiblesse irritable des centres nerveux n'est pas nécessairement associée à l'appauvrissement du sang. Beard insiste avec raison sur cette indépendance de la neurasthénie et de l'anémie. Cependant la confusion de ces deux états est commune, et elle n'a pas peu contribué à

obscurcir l'histoire de l'épuisement nerveux. Beaucoup de neurasthéniques ont le visage coloré, un sang de composition normale, une nutrition générale satisfaisante. Il faut en conclure que ce trouble intime de la nutrition des éléments nerveux dont procède la neurasthénie, est d'une nature très spéciale, indépendant de l'état du sang et des fonctions digestives.

Les centres nerveux cérébro-spinaux ne sont pas seuls mis en cause. Aux troubles des fonctions du cerveau et de la moelle épinière s'ajoutent des troubles fonctionnels des principaux viscères. Trois appareils sont particulièrement intéressés, les appareils circulatoire, digestif et génito-urinaire. Dans ces organes, le désordre de l'innervation présente le même caractère de faiblesse et d'irritabilité. Ces troubles viscéraux apparaissent dans toutes les formes de l'épuisement nerveux, quelle que soit d'ailleurs la cause provocatrice. Ils ne font pas défaut, ils peuvent être intenses et précoces, dans les cas de neurasthénie due à une influence agissant directement sur les centres cérébraux. Il est de notion vulgaire que certains états psychiques se manifestent, non seulement par des troubles des fonctions cérébrales, mais aussi par des troubles fonctionnels de l'estomac, du cœur et des organes génito-urinaires. Du reste, beaucoup de maladies organiques du système cérébro-spinal engendrent des phénomènes morbides de ces mêmes organes ; tels sont les vomissements de la méningite, les crises gastralgiques de l'ataxie, la tachycardie de l'atrophie bulbaire, le priapisme et l'impuissance de certaines affections traumatiques ou organiques de la moelle épinière. Une névrose peut bien intéresser les mêmes régions des centres nerveux et provoquer des symptômes analogues. L'hystérie viscérale n'est pas

contestée, la neurasthénie viscérale n'est pas moins rigoureusement établie.

Les troubles circulatoires ne sont pas seulement très fréquents, ils interviennent aussi dans la pathogénie d'un certain nombre des symptômes de l'épuisement nerveux. Chez la plupart des neurasthéniques, le tonus vasculaire est affaibli et le cœur très excitable ; le système vaso-moteur et l'innervation du cœur sont dans une sorte d'équilibre instable. Sous l'influence d'excitations diverses, psychiques ou physiques, surviennent brusquement des modifications, passagères ou durables, de l'activité du cœur, des spasmes ou des dilatations des vaisseaux périphériques. Les troubles des circulations locales sont très manifestes à la peau, sur les muqueuses, dans la rétine. Ils existent vraisemblablement aussi dans les organes profonds, le cerveau et la moelle épinière. De là le développement d'anémies et de congestions cérébrales et spinales dont les symptômes s'ajoutent à ceux de la neurasthénie elle-même. Ainsi s'explique l'erreur des pathologistes qui méconnaissent cette névrose et en considèrent toutes les manifestations comme autant de symptômes de troubles circulatoires du cerveau et de la moelle épinière.

On a souvent donné une interprétation également erronée des troubles gastro-intestinaux et génito-urinaires qui font partie du tableau clinique de la neurasthénie. On les a regardés comme le point de départ de la névrose elle-même. Sans doute, les excès génésiques sont une cause efficace et commune de l'épuisement nerveux. Mais il faut se garder de conclure à l'origine génitale de toutes les neurasthénies dans lesquelles on observe des troubles, même prononcés, des organes génito-urinaires. — Cette réserve est plus nécessaire encore quand il s'agit de trou-

bles digestifs. Combien de dyspeptiques ont des digestions laborieuses, même des signes de dilatation de l'estomac, qui ne peuvent en aucune façon passer pour de vrais neurasthéniques. L'atonie gastro-intestinale neurasthénique est un syndrome particulier et qui doit être distingué dans le groupe des dyspepsies.

Les troubles viscéraux de l'épuisement nerveux, ceux surtout qui intéressent l'appareil circulatoire et les voies digestives, sont donc le plus souvent des phénomènes secondaires. Ils sont l'effet, non la cause, de la névrose. Ils sont dominés par cette modification première du système nerveux dont la nature intime nous est mal connue, mais dont la réalité ne saurait être contestée. Du reste, l'étude de l'étiologie de la neurasthénie va mettre en lumière le rôle prépondérant de cette atteinte directement portée à la fonction des centres nerveux.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE DE LA NEURASTHÉNIE

La neurasthénie est une maladie commmune, du moins si l'on tient compte des formes légères, et elle tend à le devenir de plus en plus. On l'a nommée, assez justement, la *maladie du siècle*. Autrefois, les classes étaient séparées par des barrières plus infranchissables. Chaque individu, par nécessité plus satisfait de son sort, n'aspirait guère à sortir du milieu dans lequel le hasard l'avait fait naître. Aujourd'hui, les barrières se sont abaissées. Pour tout homme doué de quelque intelligence, le but de la vie est de s'élever plus haut que ses ancêtres. Le cerveau travaille davantage, et souvent le labeur imposé est au-dessus de ses forces. De là les préoccupations intenses, les désillusions, les revers de fortune, sources communes des passions dépressives. Le caractère s'est assombri et le système nerveux est devenu plus vulnérable. Ainsi s'explique la fréquence croissante des maladies nerveuses et particulièrement de la neurasthénie.

Aussi cette névrose n'est pas seulement, suivant l'expression de Beard, un *mal américain*. Elle existe égale-

ment en Europe et dans tous les pays civilisés où la lutte pour l'existence, de plus en plus ardente, entretient une activité exagérée des fonctions du système nerveux.

Hérédité. — La neurasthénie peut se développer chez un homme jusque-là tout à fait indemne, en dehors de toute influence héréditaire. J'ai vu bon nombre de neurasthéniques dans les antécédents desquels il était impossible de découvrir aucune trace d'hérédité nerveuse. Le surmenage permanent du cerveau suffit à en produire l'épuisement durable.

Comme le fait judicieusement observer M. Déjerine[1], ce fait est d'une importance réelle au point de vue de la pathogénie des maladies nerveuses. On sait combien grand est le rôle de l'hérédité dans le développement de ces maladies. Morel[2], Legrand du Saulle, Möbius et plus récemment M. Féré[3] considèrent la plupart de ces maladies comme les membres d'une même famille, qui, sous l'influence de l'hérédité et de conditions favorables, se développent, se succèdent et s'aggravent à travers plusieurs générations. La neurasthénie, qui peut naître spontanément, en dehors de toute hérédité nerveuse, constituerait le premier membre de la famille névropathique, le terrain éminemment favorable sur lequel, les circonstances aidant, vont germer et se développer, dans les générations suivantes, des affections nerveuses de gravité croissante.

Pourtant, l'hérédité de la neurasthénie n'est rien moins que fatale. Telle est la fréquence de l'épuisement nerveux,

[1] Déjerine, *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*, Paris, 1886.

[2] Morel, *Traité des dégénérescences*, Paris, 1857.

[3] Féré, La Famille névropathique (*Archives de neurologie*, vol. VII, p. 1 et 173).

que, s'il en était autrement, toute l'espèce humaine serait, dans un assez bref délai, vouée aux maladies du système nerveux. On ne doit admettre cette influence fâcheuse de la neurasthénie chez les ascendants, que dans les cas d'hérédité convergente, c'est-à-dire lorsque deux, trois ou plusieurs générations ont été successivement frappées d'épuisement nerveux et d'autres maladies nerveuses. C'est dans ces conditions qu'on peut voir de la neurasthénie initiale dériver, à travers plusieurs générations, les névroses graves et finalement la dégénérescence physique et mentale suivie de l'extinction de la race. Le plus souvent, l'hérédité est divergente ; un sang nouveau et normal se mêle au sang des ascendants névropathes et peut diminuer, jusqu'à la faire disparaître, l'influence fâcheuse de l'hérédité. Dans ces cas, les descendants restent indemnes ou ne dépassent pas le premier degré de la famille névropathique, la neurasthénie. En effet, on a remarqué[1] que les antécédents héréditaires des neurasthéniques sont généralement moins chargés que ceux des patients frappés des névroses graves, des psychoses et des maladies organiques du système nerveux.

La forme héréditaire de l'épuisement nerveux peut donc se montrer en dehors des causes communes de la maladie. Elle est généralement précoce et particulièrement tenace et rebelle au traitement. — Les formes acquises sont observées à une époque plus avancée de la vie, de trente à cinquante ans, c'est-à-dire pendant la période de la plus grande activité physique, intellectuelle et génésique. J'ai cependant rencontré un cas de neurasthénie acquise chez une petite fille de onze ans ; elle était tombée

[1] P. Berger, *Die Nervenschwäche*, Berlin, 1886.

dans un état de prostration nerveuse profonde à la suite de la mort dramatique de son père et de son frère.

Éducation. — A la prédisposition héréditaire s'ajoute trop souvent l'influence funeste des mauvaises méthodes d'éducation. Grâce à l'incurie des parents et des maîtres, l'enfant reste longtemps capricieux, arrogant, entêté; on néglige de développer en lui ces deux qualités éminemment précieuses et qui devraient être le but de toute éducation, une volonté ferme éclairée par un jugement sain.

L'inconvénient est moindre peut-être chez les jeunes garçons qui bientôt seront aux prises avec les difficultés de la vie; dans la lutte pour l'existence, le caractère devient plus souple et la volonté se fortifie; ainsi peuvent être corrigés les vices d'une mauvaise éducation.

Mais ce correctif fait défaut chez les filles. On développe chez elles les facultés affectives aux dépens des facultés plus solides, et, dans beaucoup de maisons d'éducation, tout semble disposé pour favoriser le penchant naturel au mysticime et l'amour du merveilleux. Bien mieux que le jeune garçon, la jeune fille, devenue femme, reste ce que l'a faite l'éducation qu'elle a reçue. Voilà sans doute une des causes les plus efficaces de la plus grande fréquence chez la femme de l'hystérie et de la neurasthénie.

Races. — Deux races paraissent plus prédisposées à la neurasthénie, la race juive et la race slave. C'est un fait bien connu que les maladies du système nerveux sont communes parmi les Israélites. M. Ziemssen[1] a été frappé du grand nombre de neurasthéniques qu'on rencontre dans les grandes familles de l'aristocratie russe.

[1] Ziemssen, *Klinische Vorträge: Die Neurasthenie und ihre Behandlung*, Leipzig, 1887.

Quant à l'extrême fréquence de l'épuisement nerveux parmi les Américains du Nord, elle est imputable, moins peut-être aux caractères propres de la race qu'au genre de vie qu'ont adopté les Américains depuis plusieurs générations, à cette extraordinaire activité dans le travail et le plaisir, qui réalise à un si haut degré le surmenage permanent du corps et de l'esprit.

Deux Américains, observés par M. Ziemssen, lui ont exposé leur manière de vivre. — Le premier est un homme d'affaires, depuis longtemps à la tête d'un grand établissement de New-York. Il est neurasthénique et souffre depuis des années de céphalée, d'insomnie, d'états d'anxiété. Il raconte en ces termes l'emploi de son temps : « Je travaille de toutes mes forces de huit heures du matin à dix heures du soir. Je n'ai pas le temps de manger; je prends mon repas le plus souvent debout, et il est généralement froid et peu appétissant au moment où je viens le prendre. A dix heures du soir, je suis tellement épuisé, que je ne puis arrêter mes livres de compte qu'au prix d'un très grand effort. Pendant la nuit, les affaires de la journée roulent confusément dans ma tête. Ce n'est que vers le matin que j'arrive à dormir quelques heures d'un sommeil agité. Au réveil, je suis épuisé d'une façon effrayante, et je suis obligé de prendre un peu de cognac pour être capable de travailler. » — L'autre Américain, également neurasthénique, est un jeune négociant. Celui-là est agoragophobe, souffre d'insomnie et se trouve depuis plusieurs mois incapable de tout travail intellectuel. Il dépeint en ces termes sa vie de tous les jours : « Nous travaillons de huit heures à huit heures. Nous avons un quart d'heure pour dîner. Le soir, les affaires terminées, nous nous réunissons au café, entre jeunes gens ; nous mangeons,

nous buvons et nous jouons jusqu'à deux ou trois heures du matin. Si je dois entreprendre un voyage, je le fais pendant la nuit, de façon à pouvoir consacrer toute la journée aux affaires. »

Et M. Ziemssen ajoute : faut-il s'étonner qu'un cerveau, maltraité de la sorte, à la fin refuse tout service? Que nous voilà loin de cette belle règle que Kant a proposée pour l'emploi du temps : huit heures de travail, huit heures de repos, huit heures de sommeil!

Arthritisme. — M. Charcot insiste beaucoup sur la parenté de l'arthritisme et des névropathies. Il est certain que, dans les tableaux généalogiques des malades atteints de psychoses, de névroses et d'affections organiques, on trouve fort souvent, diversement combinés aux membres de la famille névropathique, ceux de la famille arthritique, tels que le rhusmatisme, la goutte, la gravelle, le diabète, la migraine, etc. La neurasthénie, sans doute, n'échappe pas à cette loi générale. Je crois pourtant que c'est aller un peu loin que de déclarer avec M. Huchard[1] que, « dans la plupart des cas, la neurasthénie est une névrose arthritique. » J'ai vu bien des neurasthéniques sans aucun antécédent arthritique, personnel ou héréditaire. Il est vrai que presque tous les patients se plaignent de douleurs dans les membres et même dans les jointures. Mais la plupart de ces douleurs procèdent de la neurasthénie elle-même ; elles sont de nature nerveuse, non de nature rhumatismale. L'uricémie s'accompagne de certains troubles nerveux, mais ces troubles peuvent être distingués de ceux qu'engendre la neurasthénie. J'y reviendrai à propos du diagnostic.

[1] Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses*, Paris, 1883, p 902.

Maladies antérieures. — Les maladies infectieuses sont une cause efficace d'affaiblissement de l'organisme et particulièrement du système nerveux. Elles peuvent même compromettre fort sérieusement la nutrition du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs dériphériques; de là le développement de ces états paralytiques qui compliquent la convalescence[1]. Il est même très probable que l'influence pathogénique d'une maladie infectieuse peut s'étendre fort au delà des limites de la convalescence, et que bien des affections organiques du cerveau, du rein et du cœur procèdent d'une maladie fébrile infectieuse, depuis longtemps oubliée. Aussi presque tous les auteurs qui ont écrit sur la neurasthénie ont-ils considéré la plupart des maladies infectieuses, et particulièrement la fièvre typhoïde et la malaria, comme des causes très actives de l'épuisement nerveux[2]. J'incline à penser qu'on a notablement exagéré cette influence des maladies infectieuses sur le développement de la neurasthénie. La perte des forces, et même de la force nerveuse, ne suffit pas à caractériser cette névrose. S'il en était ainsi, tous les convalescents seraient plus ou moins neurasthéniques. Dans aucune de mes observations, une maladie infectieuse antérieure ne doit être considérée comme la cause exclusive de l'épuisement nerveux. Mais la maladie infectieuse peut être une cause prédisposante efficace; elle diminue la résistance du système nerveux et le rend plus vulnérable. Il est assez naturel qu'une émotion morale, la frayeur, le chagrin, l'angoisse, ébranle le cerveau du convalescent plus fortement et d'une façon plus durable.

[1] Landouzy, *Des paralysies dans les maladies aiguës*, Paris, 1880.
[2] Beard, *loc. cit.* — Hirt, *Wiener med. Presse*, 1889. — Hamilton, *New York med. Record*, 1876. — Berger, *loc. cit.*

J'en dirai tout autant de toutes les affections organiques, fébriles ou non fébriles, le cancer, la tuberculose, le mal de Bright, les cardiopathies, etc. Ce ne sont là que des causes prédisposantes. Elles ne suffisent pas à créer la maladie.

Grossesse et allaitement. — On a fait jouer un rôle étiologique important[1] aux grossesses et aux allaitements répétés. Il est certain qu'il y a, dans cette période de la vie de la femme, bien des causes d'épuisement du système nerveux : l'appréhension pendant les derniers mois de la grossesse, la douleur de l'enfantement, l'hémorragie, la longue durée du travail, l'angoisse et les douleurs que provoquent les interventions, puis, un peu plus tard, les veilles, les soins, les préoccupations qu'engendrent les maladies du nouveau-né. On rencontre assez souvent des cas de neurasthénie féminine dont le début paraît remonter à des accouchements antérieurs. Or, dans cet ensemble si complexe de causes physiques et morales, qui toutes ébranlent le système nerveux, les plus propres à engendrer un état neurasthénique véritable sont incontestablement les causes morales.

Professions. — Quelques professions exposent davantage à la neurasthésie. Elles ont toutes pour caractère commun d'exiger une somme de travail intellectuel considérable et de provoquer des préoccupations morales vives et de longue durée.

L'épuisement nerveux est fort rare, en dehors des influences héréditaires, parmi les bureaucrates et les employés d'administration, gens qui ont peu de soucis sur l'issue des affaires qu'ils traitent, dont l'avenir est à peu près assuré et dont les occupations sont limitées et bien réglées.

[1] Berger, *loc. cit.*

Il en est tout autrement des négociants, des industriels, des financiers, des spéculateurs, des hommes d'affaires. Pendant les premières années, leur défaut d'expérience les oblige à plus de travail et les expose à plus de préoccupations. Dans notre milieu lyonnais, j'ai vu plusieurs fois des jeunes gens, commerçants ou industriels, présenter, au bout de quelques années d'affaires, des symptômes de dépression appartenant évidemment à la neurasthénie.

Les médecins sont également fort exposés à l'épuisement nerveux, et on peut même avancer que peu de professions réunissent, au même degré que la profession médicale, les conditions favorables au développement de cette névrose. Le médecin est, en effet, soumis à la fatigue du corps et de l'esprit, et, du moins dans les premières années de sa pratique, souvent tourmenté par le sentiment de la responsabilité.

Milieux. — Certains milieux sont particulièrement funestes, soit qu'ils engendrent la maladie chez un prédisposé, soit qu'ils l'entretiennent et l'aggravent chez un malade depuis longtemps frappé d'épuisement nerveux. M. W. Mitchell[1] a montré d'une façon saisissante l'influence pernicieuse qu'exercent, sur l'état mental de beaucoup de femmes neurasthéniques, la sympathie et la tendresse exagérées de leur entourage. J'ai donné des soins à deux femmes neurasthéniques, la mère et la fille, qu'il fut impossible de séparer et qui réagissaient l'une sur l'autre d'une façon déplorable. Elles passaient leurs journées et leurs nuits sans sommeil à se dépeindre et à s'exagérer leurs souffrances.

La fréquentation d'un neurasthénique est fâcheuse pour

[1] W. Mitchell, *loc. cit.*

un autre neurasthénique, surtout quand il s'agit de femmes dont le cerveau, très affaibli, accepte si facilement les suggestions qui lui viennent d'un autre cerveau malade.

De là le danger des stations thermales et des établissements d'hydrothérapie, où ces malades se rencontrent en grand nombre. J'ai vu plusieurs femmes sortir de ces établissements plus fatiguées qu'elles n'y étaient entrées. Une maison destinée au traitement des maladies nerveuses doit posséder une organisation spéciale, qui permette de diriger, de surveiller les relations des malades entre eux, et surtout de réaliser, dans les cas graves, un isolement convenable.

Vie mondaine. — L'abus des plaisirs et de toutes les jouissances de la vie est une autre cause d'épuisement nerveux ; de là la fréquence de cette névrose dans les classes élevées de la société. La vie mondaine des grandes villes constitue un véritable surmenage des sens et du système nerveux ; elle se compose de plaisirs qui, suivant l'expression de M. Ziemssem, excitent et fatiguent le cerveau sans le reposer jamais.

Intoxications. — Certaines intoxications conduisent à la neurasthénie. Elle n'est point rare chez les alcooliques, ceux surtout qui font usage d'alcools concentrés, les grands fumeurs, les morphinomanes, ainsi que chez les hommes et même les femmes, aujourd'hui de plus en plus nombreux, qui usent et abusent de l'éther, du chloroforme, de la cocaïne. La réciproque n'est pas moins commune, et nous verrons comment la neurasthénie conduit à la plupart de ces intoxications.

On sait aujourd'hui que certaines intoxications professionnelles, celles par le plomb, le mercure et le sulfure de carbone, peuvent engendrer des troubles névrosiques en-

tièrement comparables aux symptômes de l'hystérie spontanée. Les intoxications de ce genre sont mises au rang des agents provocateurs de l'hystérie. Or il semble que, dans quelques cas de ces hystéries toxiques, des symptômes neurasthéniques se mêlent aux symptômes hystériques. Ainsi M. G. Guinon[1] a rapporté un cas d'hystéro-neurasthénie saturnine.

Travail musculaire. — J'incline à penser que le travail musculaire exagéré peut être la cause de l'épuisement nerveux. J'ai récemment observé un cas de neurasthénie chez un forgeron, ouvrier d'un atelier de métallurgie, et qui, depuis dix ans, est employé à des travaux pénibles, exigeant une dépense considérable de force musculaire. Il ne présente aucun symptôme d'une affection organique quelconque des centres nerveux, mais il est épuisé après une marche de quelques minutes, il est pris de tremblement à l'occasion d'une émotion, il a souvent de l'insomnie et se plaint d'une douleur sourde et continue au front et à la nuque. S'il est bien prouvé que le fonctionnement excessif des facultés intellectuelles et affectives produit l'épuisement nerveux durable, il est assez vraisemblable que l'activité longtemps exagérée des centres moteurs du cerveau et de la moelle épinière peut conduire à un semblable résultat.

Affections nerveuses organiques. — M. Charcot[2] vient d'appeler l'attention sur le rôle d'agents provocateurs que jouent à l'égard de l'hystérie certaines affections organiques des centres nerveux, telles que la compression de la

[1] Guinon, 1889, *Les Agents provocateurs de l'hystérie*, thèse de Paris, p. 272.

[2] Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89. — G. Guinon, thèse, *loc. cit.*

moelle épinière, le tabès, la sclérose en plaques. Or, ce que M. Charcot a dit de l'hystérie peut vraisemblablement s'appliquer à la neurasthénie. J'ai vu des états neurasthéniques bien caractérisés associés au tabès spasmodique, à l'ataxie locomotrice, à la paralysie générale spinale antérieure de Duchenne. La pathogénie de ces états neurasthéniques secondaires est sans doute complexe. Une lésion organique de la moelle épinière, et particulièrement la sclérose des cordons postérieurs, peut bien retentir sur les centres encéphaliques et médullaires et y provoquer ce trouble intime de la nutrition dont procède la neurasthénie. Il faut tenir compte également des préoccupations morales et de la tristesse profonde qu'entretient dans un esprit cultivé la pensée d'une affection organique imminente ou déjà réalisée, surtout quand il s'agit de l'ataxie, maladie commune et dont les gens du monde les moins éclairés sur les choses de la médecine n'ignorent pas l'incurabilité. Quoi qu'il en soit, les faits de ce genre ne sont peut-être pas exceptionnels, et il est probable qu'un certain nombre de symptômes anormaux, tels que les états d'anxiété, la tachycardie, l'atonie gastro-intestinale grave, qui parfois accompagnent les symptômes réguliers des affections nerveuses organiques, sont imputables à l'immixtion accidentelle d'un état neurasthénique.

Troubles digestifs. Dyspepsies. — C'est une opinion très généralement acceptée que certaines dyspepsies, sans lésion véritable de l'estomac, sont parfois l'origine de symptômes nerveux, tels que céphalée, prostration, palpitations, accès de vertiges. Il y a longtemps que Beau s'est efforcé de rattacher aux troubles dyspeptiques tout un ensemble de phénomènes morbides et de constituer ainsi une sorte de maladie générale à point de départ gastrique.

Dans ses leçons si connues sur la dilatation de l'estomac, M. Bouchard[1] propose une conception des états dyspeptiques avec dilatation de l'estomac, très comparable à la théorie de Beau, mais appuyée sur une base plus scientifique. Les troubles de la nutrition générale, ceux du système nerveux et des autres organes seraient dus en majeure partie, soit à l'élaboration imparfaite des aliments, soit à la résorption des produits de fermentations anormales développées dans l'estomac malade. Assurément, cette interprétation convient à un certain nombre d'états dyspeptiques; mais je ne crois pas qu'on puisse l'appliquer sans réserve, comme on a beaucoup de tendance à le faire aujourd'hui, au syndrome de la dyspepsie nerveuse, à l'atonie gastro-intestinale neurasthénique.

Dans une série de publications pleines de vues originales sur ce chapitre de la pathologie des voies digestives, M. Glénard[2] a conclu d'une façon assez rigoureuse à l'origine gastro-intestinale des états neurasthéniques. Il décrit des modifications particulières de l'abdomen et des viscères abdominaux, dont l'ensemble constitue ce complexus anatomo-pathologique qu'il désigne du nom d'*entéroptose*. Dans la neurasthénie confirmée, dit-il, l'exploration méthodique du mésogastre décèle quatre signes importants : 1° la flaccidité de l'abdomen, *hypotase abdominale;* 2° le prolapsus de la masse intestinale, *entéroptose*, auquel s'ajoute accessoirement le prolapsus du rein, du foie, de la rate ; 3° l'étroitesse du gros intestin, *enté-*

[1] Bouchard, *Leçons sur les auto-intoxications*, Paris, 1887.

[2] Glénard, *Dyspepsie nerveuse; détermination d'une espèce*, Paris, 1885. — *A propos d'un cas de neurasthénie gastrique*, Paris, 1887. — Traitement de l'entéroptose *(Lyon médical*, 1887). — Revue générale sur la neurasthénie et l'entéroptose *(Revue de médecine*, janvier 1887.)

rostenose, dont la conséquence est l'apparition des battements épigastriques ; 4° le clapotement stomacal, *gastroptose* et *atonie gastrique*. Le cycle de ces modifications viscérales débuterait par le prolapsus de l'angle droit du côlon, lequel pourrait être primitif ou secondaire, et, dans ce cas, consécutif à l'atonie gastrique. M. Glénard conclut que le syndrome neurasthénique relève d'un trouble de cette partie abdominale de l'appareil digestif qui siège dans le plan du mésogastre[1].

Cette description de l'entéroptose n'est pas seulement tout à fait neuve et originale, elle est aussi très exacte. Toutes ces modifications de forme et de position des viscères abdominaux, je les ai plusieurs fois constatées sur le cadavre, et particulièrement sur le cadavre de femmes dont le corset avait pendant de longues années comprimé et déformé la taille. L'entéroptose est un fait incontestable. C'est une découverte qui fait grand honneur au talent d'observation de M. Glénard. Elle éclaire d'un jour nouveau bien des points obscurs de la pathologie de l'abdomen et des voies digestives. J'ajoute qu'elle a conduit M. Glénard à une conclusion thérapeutique de grande valeur, la compression méthodique de la région sous-ombilicale, traitement très simple et qui soulage cependant un grand nombre de malades. C'est seulement sur une question d'interprétation, c'est-à-dire tout à fait secondaire, que je ne partage pas entièrement les opinions de M. Glénard.

Ces troubles de la statique abdominale qui caractérisent l'entéroptose, sont-ils, comme le pense M. Glénard, le vrai substratum de la dyspepsie neurasthénique, et ces phénomènes dyspeptiques, l'origine de la neurasthénie elle-

[1] Glénard, *Revue de médecine*, 1887, p. 70.

même, c'est-à-dire de ces symptômes cérébraux, spinaux et viscéraux dont l'ensemble constitue le tableau clinique de l'épuisement nerveux? Je ne le crois pas. — Il y a dans le tube digestif des nerfs, des fibres musculaires et des glandes, dont les fonctions peuvent être et sont d'ailleurs sérieusement troublées chez les neurasthéniques, bien avant l'apparition des quatre signes de l'entéroptose. Ces troubles fonctionnels précoces sont facilement mis en évidence par le cathétérisme de l'estomac. Cette exploration nous renseigne sur la rapidité avec laquelle les ingesta franchissent le pylore, par conséquent sur l'activité des muscles de l'estomac, et aussi sur les modifications du chimisme, c'est-à-dire sur les altérations de la sécrétion gastrique. Or, depuis que j'examine un grand nombre de malades à l'aide de cette nouvelle méthode d'investigation, je suis convaincu que le substratum de la dyspepsie neurasthénique réside précisément dans ces troubles des innervations motrice et glandulaire de l'estomac. — Reste la seconde question, celle de la subordination des symptômes neurasthéniques aux troubles des voies digestives, ou, suivant l'expression de M. Glénard, de cette partie de l'appareil digestif qui siège dans le plan du mésogastre. Cette question ne peut être résolue que par l'observation clinique. Or, comme le fait observer M. Charcot, un certain nombre de neurasthéniques avérés n'ont pas de troubles digestifs. J'en connais beaucoup qui ne présentent en aucune façon les signes de l'entéroptose, et d'autres chez lesquels la motilité et le chimisme de l'estomac sont restés indemnes. Il n'est pas rare de voir la dyspepsie neurasthénique débuter brusquement, en même temps que les symptômes cardinaux de la neurasthénie, la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale et l'asthénie motrice,

à la suite de ces émotions morales, fortes et durables, qui sont la cause commune de l'épuisement nerveux. Le même début soudain des troubles digestifs est encore observé après les traumatismes qui provoquent le développement de l'hystéro-neurasthénie. Bien plus, les phénomènes dyspeptiques, du moins dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, suivent parfois d'une façon remarquable les variations des symptômes cérébraux. Comment expliquer les faits de ce genre, et ils ne sont pas rares, avec l'hypothèse de la subordination des symptômes neurasthéniques aux troubles digestifs? La dyspepsie est secondaire; elle est l'effet, non la cause, de la névrose. Telle est la conclusion de M. Charcot[1] : « Chez les neurasthéniques, dit-il, même quand il y a dilatation gastrique habituelle, cela est subordonné aux phénomènes nerveux cardinaux. »

La dyspepsie est effet non cause de la neurasthénie

Il est certain que de vrais neurasthéniques présentent les signes de l'entéroptose. Ils sont très amaigris, et cet amaigrissement est dû à l'intensité et à la longue durée des troubles digestifs dont ils souffrent. Chez ces malades, l'entéroptose est, comme la dilatation dont parlait tout à l'heure M. Charcot, non pas la cause de la névrose, mais bien le résultat, précoce ou tardif, de l'atonie gastro-intestinale, laquelle procède elle-même de l'épuisement nerveux, au même titre que tous les autres symptômes de cet état morbide. Telle est la place qu'il convient de faire à l'entéroptose dans la pathologie de la neurasthénie.

Mais l'entéroptose existe ailleurs. C'est même une affection commune. On la rencontre souvent chez les femmes dont la paroi abdominale est relâchée par la grossesse,

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 518.

dont la taille est depuis longtemps déformée par la constriction excessive du corset. Les grandes dilatatations de l'estomac, quelle qu'en soit l'origine, conduisent aussi à l'entéroptose. Il est certain que beaucoup des sensations pénibles qu'éprouvent tous ces malades dans le ventre, dans les reins, dans le dos, sont imputables aux modifications de la statique abdominale. La preuve en est donnée par les résultats du traitement. Seulement, tous ces malaises, toutes ces douleurs abdominales, lombaires et dorsales, ne sont pas la neurasthénie, à moins qu'il ne soit plus permis de souffrir dans le ventre sans être qualifié de neurasthénique.

Cette tendance à placer le point de départ de la neurasthénie dans l'estomac malade rappelle tout à fait l'erreur des pathologistes qui, pendant longtemps, faisaient naître l'hystérie de l'utérus ou des ovaires. Nous savons bien aujourd'hui que l'hystérie est une névrose cérébrale et que les troubles fonctionnels de l'utérus et des ovaires ne sont que des symptômes de la névrose hystérique. Il en est de même de la neurasthénie. La dyspepsie doit être envisagée, quand elle accompagne les symptômes neurasthéniques, non comme une cause, mais bien comme le résultat d'un trouble primitif survenu dans les fonctions du système nerveux. J'incline même à penser qu'il faut restreindre beaucoup le groupe des phénomènes réflexes à point de départ gastrique. Ainsi, la plupart des dyspeptiques atteints de vertiges et de palpitations sont des neurasthéniques, chez lesquels ces troubles fonctionnels du cœur et du cerveau sont causés, bien plus par l'épuisement nerveux lui-même, que par la souffrance des voies digestives.

Cette question de pathogénie n'est pas sans importance

au point de vue pratique. Elle exerce une influence évidente sur la direction du traitement. J'y reviendrai d'ailleurs à propos du traitement de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale d'origine neurasthénique.

Excès génésiques. — Onanisme. — Les troubles génitaux font très souvent partie des symptômes de l'épuisement nerveux. Il importe, à ce sujet, d'établir une distinction immédiate, indiquée d'ailleurs par l'observation clinique.

Dans beaucoup de cas, ces troubles de l'appareil génital ne sont que des symptômes de la névrose, au même titre que ceux des appareils circulatoire et digestif. Ils procèdent de cet affaiblissement général de la force nerveuse qui, nous l'avons vu, peut atteindre toutes parties du système nerveux. Un homme fait une chute ou bien est victime d'un accident de chemin de fer. Quelques jours après, il présente de l'insomnie, de la céphalée, une émotivité excessive, des symptômes de dyspepsie nerveuse, de la diminution de la force virile, puis une impuissance complète. Il est assez clair que, dans un cas de ce genre, l'impuissance n'a aucun rôle étiologique ; comme les troubles cérébraux et digestifs, elle n'est qu'un symptôme de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Ce cas est d'ailleurs le plus commun.

Chez quelques malades, il en est tout autrement ; les troubles des organes génitaux sont les premiers en date et le point de départ de cet ébranlement général du système nerveux dont procède la neurasthénie. En d'autres termes, certaines excitations de la sphère génitale peuvent être la cause réelle et très efficace de l'épuisement nerveux. C'est pour les cas de cette catégorie qu'il faut réserver le terme de *neurasthénie génitale*. La masturba-

tion, les excès sexuels et, dans des cas bien plus rares, certaines affections chroniques des voies génito-urinaires, comme la prostatite chez l'homme, telles sont les causes habituelles de cette excitation de la sphère génitale dont l'observation prouve l'influence pathogénique. Il est vrai qu'il faut teuir compte des susceptibilités individuelles. Certains organismes supportent impunément des excès génésiques répétés et prolongés qui, pour d'autres moins bien doués, sont de bonne heure une cause d'épuisement très active.

Il ne faut pas comparer ces excitations génitales à celles que peut engendrer un état chronique des voies digestives. Les premières sont autrement puissantes que les secondes. Les plexus nerveux qui entourent et pénètrent les organes génitaux sont très riches, doués d'une sensibilité spéciale et en relation étroite avec les centres cérébro-spinaux. Le fonctionnement exagéré de cet appareil nerveux y entretient un état d'éréthisme permanent très propre à troubler gravement l'innervation du cerveau et de la moelle épinière. Enfin, la masturbation et le coït immodérés incitent, du moins au début, la sécrétion spermatique et s'accompagnent de l'élimination d'une humeur dont la déperdition incessante paraît être particulièrement funeste à la réparation de la force nerveuse.

Affections utéro-ovariennes. — Pendant longtemps, on a placé dans les affections utérines ou péri-utérines l'origine du nervosisme de la femme. Un des premiers, Beard a réagi contre cette doctrine beaucoup trop exclusive. Sans doute, les souffrances prolongées auxquelles exposent certaines affections utérines et ovariennes peuvent parfois provoquer le développement des symptômes de l'épuisement nerveux, mais les faits de ce genre ne sont pas les plus communs, et, dans la grande majorité des cas, les douleurs

locales, les névralgies, l'excitation génitale, sont bien plus des symptômes que des causes de la neurasthénie féminine.

Il est même certain que l'insistance avec laquelle quelques spécialistes s'attachent à traiter exclusivement beaucoup d'affections très légères des organes génitaux, en les considérant comme la cause exclusive de l'état général névropathique, exerce une influence très fâcheuse sur les troubles utéro-ovariens eux-mêmes. L'attention de la patiente se fixe définitivement sur des souffrances minimes ou même sur de simples malaises, et il en résulte une sorte d'auto-suggestion qui exagère et même crée de toutes pièces les symptômes de l'appareil génital. Bon nombre de femmes nerveuses, ainsi tourmentées par un traitement local intempestif, souffrent, suivant l'énergique expression de M. Playfair, de pessaires au cerveau.

Il est remarquable que, dans la plupart des cas de neurasthénie féminine d'orgine génitale, il s'agit d'affections superficielles et de peu de gravité de l'utérus ou des annexes. On ne voit guère apparaître les symptômes de l'épuisement nerveux chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus, de corps fibreux, de kystes et de tumeurs malignes de l'ovaire.

Traumatisme. — C'est une question controversée que celle de la nature de certains troubles nerveux observés à la suite des traumatismes. Quand on a éliminé les commotions, les contusions, les hémorragies, les méningo-encéphalites, les encéphalites et les myélites à foyers disséminés, il reste encore un certain nombre d'accidents nerveux qui n'apparaissent le plus souvent qu'un certain temps après le traumatisme, à la suite d'une sorte de période d'incubation, et qui semblent procéder d'une modification purement fonctionnelle des centres nerveux.

Parmi ces troubles fonctionnels, il en est qui, très limités, n'intéressent qu'une fonction, une faculté ; telles sont, par exemple, ces amnésies d'origine traumatique qu'a décrites M. Azam, de Bordeaux[1] ; d'autres sont de véritables psychoses et particulièrement des psychoses à forme dépressive. Dans les cas que nous avons ici particulièrement en vue, le désordre est plus étendu ; il peut intéresser tout à la fois les facultés intellectuelles, la sensibilité, la motilité et même le domaine du sympathique. On observe, dans les cas de ce genre, outre des symptômes entièrement comparables à ceux de la neurasthénie, des anesthésies, des paralysies motrices, des contractures, des troubles des organes des sens et surtout de la vue, symptômes qui présentent la plus complète analogie avec ceux de l'hystérie.

C'est sur cette catégorie de troubles fonctionnels d'origine traumatique que portent les discussions. En Allemagne, sous l'influence des travaux de M. Oppenheim, ces troubles fonctionnels sont considérés comme appartenant à une névrose spéciale, distincte des névroses spontanées, en particulier de l'hystérie et de la neurasthénie, et qu'on nomme névrose traumatique. En France, M. Charcot et ses élèves soutiennent, au contraire, que ces désordres du système nerveux n'ont de spécial que la cause qui les engendre, le traumatisme, et qu'une analyse clinique approfondie en démontre l'identité parfaite avec les symptômes de l'hystérie et de la neurasthénie provoquées par toute autre cause que le traumatisme.

Les plus récentes publications sur ce sujet témoignent que la doctrine de M. Charcot gagne du terrain. Elle est

[1] Azam, *Archives générales de médecine*, 1881, p. 129 ; voyez aussi Azam, *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité*, Paris, 1887.

de plus en plus généralement accceptée. Mon expérience personnelle me porte à l'admettre sans réserve. C'est bien l'hystérie et la neurasthénie, isolées ou combinées, combinées le plus souvent, que provoquent parfois les traumatismes. L'observation clinique justifie tout à fait le terme d'*hystéro-neurasthénie* qu'a proposé M. Charcot. On doit considérer comme bien établi que le traumatisme peut, dans certaines conditions, développer un état neurasthénique, et cet état ne diffère des autres états neurasthéniques que par l'adjonction beaucoup plus fréquente de symptômes hystériques.

L'hystéro-neurasthénie traumatique appartient donc réellement, du moins en partie, à l'histoire de la neurasthénie. Elle doit nous intéresser, non seulement au point de vue nosologique, mais aussi au point de vue pratique. Elle soulève souvent de difficiles problèmes de médecine légale. J'y reviendrai avec tous les développemements nécessaires, lorsque j'étudierai les formes cliniques de la neurasthénie.

Excès de travail intellectuel. Surmenage scolaire. — Le fonctionnement exagéré du cerveau dans la sphère des facultés intellectuelles est très généralement regardé comme une des causes les plus efficaces, sinon la plus efficace, de l'épuisement nerveux.

Assurément les exemples ne sont pas rares de troubles nerveux causés par l'excès du travail intellectuel. Beaucoup d'adolescents, après une longue et laborieuse préparation à des examens ou à des concours, présentent des symptômes nerveux de nature neurasthénique, tels que l'insomnie, la céphalée, la dyspepsie nerveuse, la constipation. Il est encore vrai que les grands travailleurs, hommes de cabinet, savants et littérateurs, tombent parfois dans des accès de dépression cérébrale mêlée de quelques

symptômes d'excitation. Mais, en règle très générale, ces formes de la neurasthésie ont peu de gravité et peu de durée, du moins si les influences héréditaires font entièrement défaut et si les passions dépressives n'ajoutent pas leur influence fâcheuse à l'excès du travail intellectuel. Le repos du cerveau surmené, le séjour à la campagne ou à la montagne, quelques semaines d'un traitement hydrothérapique bien dirigé, suffisent généralement à rétablir l'équilibre du système nerveux.

Le surmenage intellectuel est beaucoup plus dangereux quand il s'y joint de vives préoccupations morales. L'homme qui, sans aucun souci du lendemain, se livre avec ardeur à des études purement spéculatives, ne court pas de grands périls. Il n'en est pas de même de l'homme qui surmène son cerveau avec la pensée sans cesse présente d'un but à atteindre, d'une ruine à éviter, d'une affaire importante dont il faut assurer le succès, d'un examen ou d'un concours duquel dépend son avenir et celui de sa famille. Celui-là peut tomber et rester longtemps dans un véritable état d'épuisement nerveux. J'ai donné des soins à un jeune homme de trente ans, chez lequel, après de grands efforts intellectuels restés sans succès, la neurasthésie dure depuis quatre ans. L'insuccès peut être, en effet, particulièrement fâcheux et suivi d'un état de dépression de longue durée et rebelle au traitement.

D'ailleurs l'excès de travail intellectuel est chose assez relative. Une certaine somme de travail peut être impunément supportée par un cerveau bien organisé, qui devient pour un autre cerveau, doué d'une moindre résistance, une cause de trouble, de fatigue, d'épuisement plus ou moins durable. Il y a là matière à de sérieuses réflexions pour tous ceux, parents et maîtres, qui ont charge d'in-

telligences, et dirigent les jeunes gens dans le choix d'une carrière. Il faut proportionner le fardeau de la vie à la puissance des facultés intellectuelles et morales. Or cette règle élémentaire est trop souvent méconnue. Combien de jeunes hommes sont frappés d'affections nerveuses, qui traverseraient la vie sans dommage pour l'équilibre de leur système nerveux, si, comme leurs pères, ils étaient restés dans une condition modeste, boutiquiers, petits commerçants, agriculteurs, simples artisans.

A cette question de l'excès du travail intellectuel, se rattache celle du surmenage scolaire. Dans ces dernières années on en a beaucoup parlé, et même à l'Académie de médecine. Or l'influence fâcheuse du surmenage scolaire a été très probablement exagérée; on peut même se demander s'il existe vraiment et si les enfants sont capables de surmener leurs facultés intellectuelles.

Il est vrai que la santé physique et morale des écoliers de nos lycées et collèges laisse le plus souvent grandement à désirer. Deux fois par semaine, on peut rencontrer dans les rues de nos grandes villes, allant à la promenade, de longues files d'enfants, marchant deux à deux, tous serrés dans le même uniforme. La plupart ont un visage pâle, des yeux étirés, une expression de langueur et de tristesse qui contraste avec leur âge qui est celui de la bonne mine, de l'entrain et de la gaîté. Sans doute les programmes sont surchargés et il y a lieu d'y introduire des modifications sérieuses, dont la plus désirable serait la suppression de l'enseignement du grec et du latin. Mais là n'est pas la principale source du mal. Elle est dans l'internat lui-même et toutes les conditions fâcheuses qui en sont les conséquences à peu près inévitables : la suppression de l'influence bienfaisante du milieu familial, le

défaut d'air et de lumière, l'insuffisance de l'exercice physique, l'absence à peu près générale d'un bon système d'éducation, les réactions dangereuses qu'exercent les uns sur les autres tous ces cerveaux d'enfants, et surtout l'effrayante contagion de ces mauvaises habitudes, qui cessent il est vrai de bonne heure chez les garçons doués d'une certaine force morale, mais qui, chez ceux dont le cerveau récèle quelque tare héréditaire, durent longtemps, beaucoup plus longtemps qu'on ne le pense, et sont une cause très puissante d'épuisement nerveux. Dans toutes ces conditions fâcheuses réside le véritable péril, bien plus que dans le surmenage problématique des facultés intellectuelles.

M. Galton[1] a étudié les signes de la fatigue cérébrale chez les jeunes écoliers. De ce travail de fine observation je retiens surtout la conclusion. « Les élèves qui pèchent par excès de zèle sont rares..... Les personnes d'un esprit mou protègent leur propre santé cérébrale en se refusant à tout excès de travail. C'est parmi ceux qui sont zélés et vifs, qui ont des aspirations et des idées d'un ordre élevé, qui se savent bien doués mentalement et sont trop généreux pour penser beaucoup à leur propre santé, qu'on trouve le plus fréquemment les victimes de l'excès du travail. » Or les jeunes enfants n'ont encore ni ces nobles aspirations ni cette générosité dont parle M. Galton. Aussi savent-ils d'une façon toute instinctive protéger leur santé cérébrale. Ils ne travaillent plus quand ils sont fatigués, si jamais ils poussent le travail jusqu'à la fatigue véritable. C'est au seuil de l'adolescence, de seize à dix-huit ans, que se développent la

[1] Galton, *Revue scientifique*, 26 janvier 1883.

volonté et le sentiment d'un but à atteindre. C'est l'âge des premiers efforts intellectuels véritables et celui des premières manifestations de l'épuisement nerveux. M. Charcot[1] est plus affirmatif encore que M. Galton. « Le surmenage, dit-il, se produit seulement par des efforts de volonté dont les enfants sont incapables... Quand il s'agit, à l'âge de seize, dix-sept, dix-huit ans, de commencer une carrière libérale, de passer des examens, le baccalauréat par exemple, ou ceux qui sont exigés pour l'admission dans une école spéciale, alors la neurasthénie se montre fréquente et elle sévit souvent avec force et ténacité. »

Parmi ces jeunes victimes de la neurasthénie, il en est de bien dignes d'intérêt et de pitié ; je veux parler de ces pauvres jeunes filles qui se pressent en foule de plus en plus nombreuse à la porte de la carrière de l'enseignement. J'ai été, comme bien d'autres, frappé de la fréquence de l'épuisement nerveux parmi les institutrices. A l'âge de la plus grande activité du développement physique et moral, elles se condamnent à l'immobilité, et tous les jours, pendant de longues heures, se livrent à un travail continu, souvent fort au-dessus de leurs forces cérébrales, travail d'autant plus dangereux que, chez la plupart d'entre elles, il s'accompagne de vives et constantes préoccupations morales. Beaucoup de ces jeunes filles ont connu une situation meilleure, et des revers de fortune les obligent à travailler. Réussir, conquérir le diplôme tant désiré, ce n'est pas seulement l'amour-propre satisfait, c'est surtout l'existence assurée pour elles et leurs parents. Ajoutons encore à toutes ces causes trop réelles d'épuisement nerveux, tous ces sentiments, toutes ces passions dépres-

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-89, p. 29 et 35.

sives qui, lorsque la jeune institutrice entre dans une famille, naissent tôt ou tard de cette situation si délicate qui n'est ni la domesticité ni l'égalité avec les membres de la famille.

Il est fort remarquable que, dans ces cas de neurasthénie dus à l'excès du travail intellectuel, les troubles fonctionnels ne se limitent pas au seul organe surmené, le cerveau. Un homme de cabinet prolonge sa veille fort avant dans la nuit. Pendant de longues heures, il fixe fortement son attention sur l'objet de son étude. Il se met au lit vers trois ou quatre heures du matin. Mais il ne peut dormir. Sa volonté est impuissante à modérer l'activité déréglée des fonctions cérébrales. Non seulement il ne dort pas, mais il éprouve des sensations pénibles de froid dans les extrémités, de constriction dans la tête, de brisement dans les membres, de tiraillement à l'épigastre. Le plus souvent une nuit de sommeil répare les forces épuisées. Mais si l'accès de fatigue cérébrale se répète, ces symptômes peuvent persister et le patient peut être atteint de cérébrasthénie, d'épuisement nerveux à forme cérébrale. Cet exemple nous montre la pathogénie de certains états neurasthéniques ; il nous montre surtout comment, sous l'influence exclusive du surmenage du cerveau, peuvent se développer des troubles de toutes les fonctions et particulièrement de la digestion et de la circulation.

Passions dépressives. — Le surmenage du cerveau dans la sphère des facultés affectives, le chagrin, l'inquiétude, l'anxiété, la jalousie, l'amour contrarié, les déceptions, le remords, la tristesse profonde causée par certaines maladies comme la syphilis, c'est-à-dire toutes les passions dépressives, sont autant de causes très actives de l'épuisement nerveux et dont l'influence fâcheuse s'exerce

bien plus souvent encore que celle du surmenage intellectuel. Il est bien peu d'états neurasthéniques à l'origine desquels on ne puisse découvrir une ou plusieurs de ces passions dépressives. Si je ne craignais d'exagérer, je dirais volontiers, en me basant sur mon expérience personnelle, que tout neurasthénique a plus ou moins souffert dans la sphère de ses facultés affectives.

Les exemples abondent de cette forme de la neurasthénie, et j'ai beaucoup d'observations de ce genre. — Une jeune femme perd son mari qu'elle aimait avec passion, deux mois seulement après son mariage. Elle tombe dans un état de prostration profonde avec céphalée, insomnie rebelle, rachialgie, dyspepsie nerveuse, constipation, impotence motrice des membres inférieurs, et cet état lamentable, qui fait le désespoir de sa famille, dure encore au bout de six annnées. — J'ai cité déjà le cas de cette petite fille de onze ans, devenue neurasthénique quelques jours après la mort tragique de son père et de son frère. — Une jeune femme n'a pas d'enfants après huit ans de mariage ; elle en éprouve un grand chagrin et peu à peu elle présente les symptômes les plus caractéristiques de l'état neurasthénique. — Une mère de famille perd en quelques mois ses trois enfants et son mari ; elle reste seule avec sa mère âgée de quatre-vingts ans, infirme et presque démente ; elle était riche, des spéculations malheureuses de son mari, découvertes après la mort de celui-ci, la mettent dans une situation précaire, voisine de la misère. Elle est malade depuis ces événements tragiques, depuis cinq ans ; elle présente tous les symptômee cardinaux de la neurasthénie, elle est extrêmement amaigrie, presque cachectique, et elle souffre de troubles cardiaques tellement intenses, qu'on l'a crue atteinte d'une affection organique du cœur qui sûre-

ment n'existe pas. — Il serait facile de multiplier ces exemples.

Parmi les causes propres à engendrer le chagrin et l'anxiété, les passions dépressives par excellence, celles qu'on retrouve si souvent à l'origine de la neurasthénie, il faut citer soutout la mort des enfants, les pertes d'argent, les déceptions de toute nature, les revers de fortune qui d'un rang élevé font déchoir jusqu'à la misère, et, dans les familles nombreuses et peu favorisées de la fortune, les préoccupations incessantes que causent aux parents l'éducation et l'établissement des enfants.

Les longs chagrins qui suivent la perte d'êtres aimés sont une cause réelle d'épuisement nerveux et cependant souvent méconnue. C'est une erreur de croire que cette cause n'agit guère que dans les classe élevées de la société. L'action n'en est pas moins manifeste dans les classes ouvrières et moins éclairées, et d'autant plus qu'il s'y ajoute fort souvent les soucis de la vie matérielle. Riches ou pauvres, les femmes sont plus exposées à ce genre d'épuisement nerveux. Elles ressentent plus vivement la perte d'un enfant, et, chez elles, à la dépression morale se joint fréquemment l'affaiblissement des forces physiques, causé par les grossesses et les allaitements répétés, les soins prolongés donnés au malade, les veilles, les alternatives d'espoir et de désespoir pendant la maladie de l'enfant.

La neurasthénie n'est pas rare chez les homme politiques que l'ambition expose au surmenage du corps et de l'esprit, doublé de préoccupations morales excessives, du sentiment de la reponsabilité et de fréquentes déceptions.

Frayeur. — Un certain nombre d'affections nerveuses ont pour cause une vive frayeur. Pour rappeler cette origine, les auteurs allemands emploient le terme très expres-

sif de *Schreckneurose*, névrose de la peur. Il en est ainsi de la neurasthénie. Une violente frayeur est très capable de provoquer à un haut degré, en quelques jours, même en quelques heures, les symptômes les plus caractéristiques de l'épuisement nerveux. En effet, la neurasthénie causée par une peur intense débute le plus souvent par une véritable période aiguë.

Observez un homme qui vient d'éprouver une vive frayeur. Il tremble de tous ses membres, il n'a plus de forces et ses jambes semblent se dérober sous lui; il éprouve des sensations pénibles de brisement dans les genoux, de serrement à l'épigastre, de vide ou de pesanteur dans la tête; le pouls est faible, fréquent, et il y a parfois des tendances à la syncope; l'appétit est supprimé; il peut même arriver que, pendant plusieurs nuits, le patient reste sans sommeil ou que son repos soit troublé par des cauchemars qui lui rappellent sans cesse la cause de sa violente émotion. C'est en raccourci l'image d'un état neurasthénique, mais d'un état transitoire, car, au bout de quelques heures ou de quelques jours, le patient a repris pleine possession de lui-même et il ne reste plus trace de cette grande secousse nerveuse. Il est possible cependant que ces troubles fonctionnels du système nerveux ne s'évanouissent pas entièrement, qu'ils persistent et s'aggravent encore, soit que l'impression morale ait été particulièrement intense, soit que le cerveau de la victime ait été plus vulnérable et doué d'une moindre résistance. Alors est constitué un état neurasthénique durable, une forme de l'épuisement nerveux, que caractérisent la fréquence et l'intensité des troubles cardiaques, la prédominance des symptômes de dépression, la ténacité et la résistance à toute médication.

J'ai donné des soins, à la même époque, à trois femmes,

frappées de névroses différentes et toutes les trois victimes d'une violente frayeur. — La première, une fille de quinze ans, fut prise d'une peur épouvantable en assistant à une querelle de famille. Le lendemain, elle était atteinte de chorée électrique ou maladie de Bergeron. — La seconde, femme de quarante ans, jusque-là bien portante, est réveillée en sursaut pendant la nuit, ouvre sa fenêtre et voit brûler la maison voisine de la sienne. Sa frayeur est si grande, qu'elle a les jambes coupées et qu'elle a grand'peine à fuir le danger. Le lendemain, elle était triste abattue, émotive et souffrait de palpitations. Je la vis quelques semaines après son émotion; elle était dans son lit, toujours très abattue, et son pouls battait cent soixante fois à la minute. Trois mois plus tard, à la tachycardie s'étaient ajoutés la tuméfaction thyroïdienne, des troubles digestifs, la saillie des globes oculaires et un grand amaigrissement. Elle était atteinte de la forme cachectique de la maladie de Basedow. — La troisième malade nous intéresse davantage; c'est une neurasthénique. Comme la précédente, elle est réveillée brusquement pendant la nuit; c'est encore un incendie, mais qui, cette fois, brûle sa propre maison. Elle peut aider au sauvetage de ses enfants et de son mobilier. Mais, le lendemain, elle est toute changée, dit-elle; elle n'est plus du tout la même femme. Auparavant robuste et bien portante, elle se livrait avec activité aux soins de son ménage et même aux travaux des champs. Depuis sa grande peur, elle ne peut plus travailler, elle reste toute la journée assise, frissonnante au coin de son feu, tellement faible qu'elle peut à peine faire quelques pas et qu'elle ne s'occupe même plus des menus travaux de la maison. Quand elle vint à l'hôpital, trois mois après, c'était déjà l'image achevée de la forme dépressive de la neuras-

thénie. Elle reste au lit toute la journée, elle est pâle, amaigrie, elle a toujours froid. Elle a peu d'appétit; elle éprouve, après le repas, une sensation pénible de pesanteur à l'épigastre, et, à plusieurs reprises, l'examen du chimisme stomacal démontre l'absence complète d'acide chlorhydrique libre. Son pouls, toujours fréquent, bat de cent vingt à cent trente fois à la minute, et la moindre émotion augmente cette tachycardie. Elle ne peut plus marcher; à peine a-t-elle fait quelques pas autour de son lit, que ses jambes tremblent et fléchissent; elle n'est point paralysée, car, au lit, elle résiste aux tentatives de flexion des jambes et des cuisses. Il est vrai que la force de résistance est vite épuisée. Elle souffre d'un mal de tête continu qui la rend incapable de tout travail de l'esprit et des mains; elle ne dort presque plus, et, toutes les nuits, son court sommeil est troublé par des cauchemars dans lesquels elle voit brûler sa maison. Il fut impossible d'obtenir une amélioration de cet état lamentable. Bientôt la pauvre femme fut prise d'une petite toux sèche, et, quelques mois après son admission, elle mourait d'une broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë dont elle avait très probablement pris le germe pendant son séjour à l'hôpital.

Une même cause, la frayeur, a déterminé chez ces femmes trois névroses différentes : la chorée électrique, la maladie de Basedow, la neurasthénie. Pourquoi ces effets différents d'une même cause? Assurément, il est impossible de le dire. Mais l'influence pathogénique de la peur est, ici, d'une extrême évidence.

Dans certaines circonstances, fort rares il est vrai, la frayeur sévit simultanément sur un grand nombre d'individus et provoque ainsi une sorte d'épidémie d'états neurasthéniques aigus, à côté d'une épidémie de maladie

infectieuse. En 1884, le choléra ayant atteint le département de l'Ardèche, plusieurs jeunes médecins lyonnais, dont j'étais, y allèrent soigner les cholériques. Un jour, je suis informé que le choléra vient d'éclater dans un petit village, à Saint-Remèze, et je suis prié de m'y rendre. J'y arrive au milieu de la nuit. Il y avait eu neuf décès depuis deux jours, dans une agglomération dont la mortalité annuelle est en moyenne de dix à douze décès. Deux épidémies régnaient ensemble dans ce malheureux village, le choléra et la peur. Je passai la fin de cette première nuit à visiter tous les malades. A côté de véritables cholériques, je trouvai d'autres victimes qui présentaient un singulier tableau clinique. C'était surtout des femmes. Elles étaient enfoncées dans leur lit, sous d'épaisses couvertures, souffrant du froid pendant une nuit d'été. Elles n'avaient aucun des symptômes cholériques, ni le vomissement ni la diarrée. Elles me répondaient à peine, d'une voix faible et entrecoupée. Elles se plaignaient de sensation de brisement dans les jointures, de mal de tête, d'oppression, de palpitations, d'angoisse à la région précordiale. Elles étaient sans appétit, avaient une langue saburrale et n'avaient presque pas mangé depuis le début de l'épidémie. Plusieurs tremblaient des mains, et ce tremblement, à oscillations brèves et rapides, rappelait tout à fait celui de la maladie de Basedow. Pendant un séjour de plus d'un mois dans ce village, j'ai revu ces femmes à diverses reprises. La plupart échappèrent au choléra, mais restèrent des semaines entières dans cet état de dépression profonde où je les avais trouvées. Aujourd'hui, six ans après ces évènements tragiques, peut-être présentent-elles encore quelques symptômes d'épuisement nerveux.

Résumé des causes. — Toutes ces causes n'ont ni la

même fréquence ni la même efficacité. Certaines peuvent agir isolément, comme la frayeur intense et soudaine dont je viens de parler, et suffisent seules à provoquer le développement d'un état neurasthénique durable. La plupart s'associent et combinent leurs influences fâcheuses. Il n'est pas très rare de rencontrer de ces malheureux sur la tête desquels semblent s'accumuler les mauvais destins. Ils sont mal nés, mal élevés et mal engagés dans la vie; ils n'y trouvent que revers et désillusions. Ce sont les victimes désignées des maladies nerveuses. C'est parmi eux que se recrutent en grand nombre les neurasthéniques.

En tête des causes de l'épuisement nerveux, il faut placer l'hérédité névropathique; c'est elle qui prépare le terrain sur lequel agiront plus tard toutes les influences propres à épuiser la force nerveuse. Vient ensuite la mauvaise éducation qui, trop souvent, s'ajoute à l'hérédité. Une bonne méthode d'éducation peut corriger quelques tares héréditaires de peu de gravité; mais une bonne éducation, et dirigée suivant les indications d'un cas particulier, est vraiment chose rare; sous la règle banale et commune de la discipline des internats, les imperfections originelles subsistent et s'aggravent. Le passage de l'enfance à la puberté, puis à l'adolescence, est une autre cause prédisposante. Alors naissent des sensations nouvelles qui, mal réglées, jettent un nouveau trouble dans un système nerveux déjà mal équilibré. La plupart des cas de neurasthénie génitale ont eu leurs commencements à l'époque de l'adolescence. Puis le jeune homme et la jeune fille arrivent à l'âge adulte. Ils y rencontrent un grand nombre des influences physiques et morales propres à diminuer la résistance du système nerveux. Ce sont, pour l'un et l'autre, les maladies aiguës et chroniques, l'hygiène défectueuse,

le souci d'une famille qu'il faut élever et nourrir ; ce sont, pour la femme, les grossesses et les allaitements répétés, les affections utérines, utéro-ovariennes ; ce sont, enfin, pour l'homme, l'excès du travail intellectuel, l'ambition, la lutte pour la vie, et trop souvent l'abus de l'alcool et du tabac.

De toutes les causes occasionnelles, les plus communes sont incontestablement les passions dépressives. Ce sont aussi les plus actives. Il n'est pas un homme qui traverse la vie sans y rencontrer un chagrin, petit ou grand. Si le terrain est préparé déjà par l'hérédité, l'éducation mauvaise qui n'a développé ni le jugement ni la volonté, les excès sexuels de la jeunesse, une maladie infectieuse de longue durée, l'excès du travail intellectuel, il est à peu près inévitable que le système nerveux fléchisse, et, si le patient n'est frappé ni d'une vésanie ni d'une affection organique véritable, il est bien probable qu'il entrera du moins par la neurasthénie dans la grande famille névropathique. Si l'on voulait une explication de cette influence prépondérante des passions dépressives, on la trouverait peut-être dans les troubles de l'innervation du sympathique qui accompagnent bien plus le surmenage dans la sphère des facultés affectives que l'excès du fonctionnement des facultés intellectuelles. De là, des troubles plus profonds des voies digestives et des voies circulatoires qui, s'ils ne suffisent pas à engendrer l'état neurasthénique, le font cependant plus grave et plus durable, car ils diminuent les sources où s'alimente et se régénère la force nerveuse.

Cette étude des causes de la neurasthénie nous donnera de précieux enseignements au point de vue du traitement préventif. Elle nous montre déjà que cette névrose pour-

rait être évitée peut-être dans la majorité des cas. Elle était rare au siècle dernier, elle ne l'est plus aujourd'hui. Elle paraîtra plus commune encore si l'on tient compte des formes incomplètes et atténuées. Celles-là se rencontrent journellement dans la pratique médicale des grandes villes. Il importe d'en reconnaître les causes, pour les supprimer dès le début. C'est le meilleur moyen d'éviter le développement de ces formes graves, tenaces, rebelles au traitement et qui font le désespoir des malades et de leurs familles.

CHAPITRE III

PRINCIPAUX SYMPTOMES OU STIGMATES DE LA NEURASTHÉNIE

Qu'on réfléchisse à la nature intime de la neurasthénie, et l'on sera moins surpris du grand nombre des symptômes de cette maladie. Cet affaiblissement durable, cette usure rapide de la force nerveuse, qui caractérise tous les états neurasthéniques, peut atteindre simultanément ou successivement tous les centres nerveux de la vie de relation et de la vie organique. Dans le système cérébro-spinal, il peut frapper non seulement les centres qui président aux actions physiologiques communes, mais aussi tous ces centres secondaires où sont organisées certaines combinaisons motrices, sensitives et intellectuelles, acquises par l'éducation spéciale de l'individu.

Cependant quelques symptômes sont beaucoup plus fréquents que les autres, on pourrait même dire constants. Ils servent en quelque sorte de points de repère au clinicien, et, comparables à des symptômes analogues de l'hystérie, ils méritent le nom de stigmates neurasthéniques que propose M. Charcot. Ces symptômes cardinaux sont :

la céphalée, — l'insomnie, — la dépression cérébrale, — l'asthénie neuro-musculaire, — la rachialgie, — la dyspepsie par atonie gastro-intestinale.

Il est vraiment indispensable de mettre en lumière ces signes de l'épuisement nerveux, avant d'aborder l'étude des innombrables troubles fonctionnels dont souffre le système nerveux du neurasthénique. Du reste, il n'est pas rare qu'ils existent seuls ou à peu près seuls, si bien que l'association de ces stigmates peut donner une idée très exacte d'une forme clinique vraiment commune de la neurasthénie. J'ai rencontré bon nombre de neurasthéniques chez lesquels tous les autres symptômes étaient à ce point secondaires, qu'ils ne pouvaient être reconnus que par un examen méthodique et complet.

Non seulement ces stigmates dominent le tableau clinique, mais ils constituent aussi le plus souvent, réunis ou diversement combinés, les premières manifestations de l'épuisement nerveux. Interrogez avec quelque insistance sur le début de sa maladie, un de ces patients devenus neurasthéniques à la suite d'une émotion morale profonde et durable, et vous apprendrez à peu près sûrement que, dès les premiers jours, la tête est devenue lourde et le travail intellectuel impossible, que le sommeil a disparu, que la force musculaire s'est affaiblie au point que la marche était pénible, que les digestions étaient lentes, difficiles, accompagnées d'éructations et d'une sensation de pesanteur incommode à l'épigastre. C'est encore de la même manière que débute le plus souvent l'hystéro-neurasthénie traumatique. Pendant des semaines ou même des mois après le traumatisme, le patient, victime d'une chute ou d'un accident de chemin de fer, est resté triste, déprimé, émotif, sans courage et sans force, incapable de reprendre ses occu-

pations professionnelles ; il a souffert d'insomnie, de rachialgie, de dyspepsie nerveuse, jusqu'au jour où l'apparition de quelques symptômes hystériques, et même de la grande attaque, est venue compléter le tableau clinique de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Céphalée. — Je l'ai rencontrée au moins dans les trois quarts de mes observations. M. Lafosse[1], qui en a fait une étude spéciale, l'a constatée 44 fois sur 45 cas. Je crois cette proportion un peu exagérée.

Il est très vrai que le plus souvent la douleur n'est pas très intense. C'est plutôt une sensation pénible de pesanteur, de plénitude, de constriction. Beaucoup de malades disent qu'il leur semble que leur tête porte une coiffure trop lourde et trop serrée ; c'est ce que M. Charcot appelle le *casque neurasthénique*. D'autres éprouvent des sensations de vide ou de corps étrangers flottant dans le crâne. Pourtant, dans quelques cas, le mal de tête est vraiment très intense. Un de mes malades, neurasthénique à la suite de chagrins domestiques et de pertes d'argent, souffre depuis plus de deux ans d'une céphalée tellement vive, qu'on l'a cru atteint, tantôt d'urémie, tantôt de tumeur cérébrale.

La douleur n'est pas toujours générale, occupant tout le crâne ; le plus souvent elle est limitée au front, au-dessus des yeux, à la racine du nez, à l'une des fosses temporales, surtout à la région occipitale et à la nuque. La douleur de la nuque est extrêmement commune ; c'est un très bon signe de neurasthénie. Quand on demande à un patient frappé d'épuisement nerveux où il souffre, on le voit le plus souvent porter sa main à la nuque.

[1] Lafosse, *Étude clinique sur la céphalée neurasthénique*, thèse de Paris, 1887.

La céphalée est quelquefois continue; pendant des mois et des années, le patient est sans cesse fatigué par cette sensation, plus pénible que réellement douloureuse, de constriction et de pesanteur de la tête. Un de mes malades me disait que, depuis plusieurs années, « il ne sait pas ce que c'est que d'avoir la tête tout à fait libre ». Cependant, chez beaucoup de patients, il y a des moments de répit. La plupart se réveillent le matin avec leur mal de tête et sont soulagés après le premier repas. Chez d'autres, au contraire, le malaise cérébral n'est jamais plus prononcé qu'après l'ingestion des aliments. L'amélioration produite par le repas est habituellement de courte durée. En règle générale, le travail, l'effort intellectuel, la lecture et l'écriture augmentent la céphalalgie. Le bruit, la lumière intense, une émotion morale, un accès de palpitations, l'usage du tabac sont aussi des causes d'exacerbation de la céphalée neurasthénique.

Les paroxysmes douloureux s'accompagnent parfois de sensations vertigineuses, avec ou sans bourdonnements dans les oreilles. Ils peuvent être également associés à des troubles de la vue, tels que pesanteur insolite des paupières supérieures, hyperesthésie rétinienne, mouches volantes, sans que l'examen ophtalmoscopique révèle aucune lésion des milieux transparents de l'œil.

La migraine ouvre fréquemment, surtout dans les formes héréditaires de la neurasthénie, la série des troubles nerveux. Elle peut ne pas disparaître, alterner ou coïncider avec la céphalée neurasthénique. Les malades font très bien la distinction entre les deux espèces de douleur céphalique.

Beard signale encore l'hypéresthésie du cuir chevelu, associée à la céphalée neurasthénique, et quelquefois poussée

à un tel point, que le patient ne peut supporter l'attouchement des cheveux.

La disparition de la céphalée, quand elle a duré longtemps et qu'elle a été un des symptômes dominants, peut être assurément envisagée comme un signe de bon augure, au point de vue de l'amélioration et même de la guérison de l'état neurasthénique; mais on ne doit pas oublier que certains neurasthéniques, quelques femmes par exemple, n'ont pas de céphalée, chez lesquels cependant tous les autres troubles nerveux ont une extrême ténacité.

Il ne faut pas confondre la céphalée neurasthénique avec la céphalée des adolescents [1]. Depuis qu'il est beaucoup question du surmenage scolaire, on n'a pas toujours évité cette confusion. Or il s'agit de deux souffrances bien distinctes du cerveau, comme l'ont montré M. Charcot et M. Keller. La céphalée des adolescents est vraiment douloureuse, occupe le plus souvent la région frontale, apparaît à l'époque de la croissance et ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun symptôme de l'état neurasthénique. C'est parce qu'il souffre réellement que l'enfant est obligé de renoncer au travail intellectuel et d'interrompre le cours de ses études. Le neurasthénique renonce, lui aussi, au travail intellectuel, mais bien moins à cause de douleurs véritables qu'en raison d'une réelle difficulté à faire fonctionner son cerveau. On peut conclure, avec M. Keller, que cette céphalée des adolescents est une sorte de névrose particulière du cerveau, en rapport avec la croissance. Elle ne s'observe guère que chez les garçons, elle est très rare chez les filles.

Insomnie. — L'insomnie est un autre symptôme, non

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 34. — T. Keller, *Archives de neurologie*, 1883, n° 16 et 17.

pas constant, mais très commun de l'épuisement nerveux. Elle fait souvent défaut dans la neurasthénie féminine, mais elle est presque la règle dans les formes de la maladie dues à des excès de travail intellectuel et à des passions dépressives longtemps prolongées.

Cette insomnie a des allures assez variables. Souvent le patient s'endort facilement, mais, au bout de deux ou trois heures, il se réveille et désormais il ne peut plus s'endormir jusqu'au matin. D'autres malades ont, au contraire, une extrême difficulté à s'endormir une première fois ; ils sont agités, se retournent dans leur lit, et ce n'est que vers le matin qu'ils commencent à goûter un peu de repos. Puis ils se réveillent et se lèvent, abattus, sans énergie ; il leur semble qu'ils n'ont absolument pas dormi. La résistance de ces neurasthéniques est souvent fort remarquable; ils peuvent ainsi rester des mois sans dormir, ou ne dormant que d'une façon très insuffisante, et cependant, à moins qu'ils ne souffrent aussi d'atonie gastro-intestinale grave, leur état général ne paraît pas sérieusement atteint; parfois même ils gardent longtemps l'apparence de gens bien portants. Quelques-uns de ces patients, qui ne peuvent dormir ou qui dorment si mal pendant la nuit, sont pris de somnolence pendant le jour, à chaque tentative de travail intellectuel; mais cette somnolence ne va pas jusqu'au sommeil véritable.

Chez quelques neurasthéniques, fort rares il est vrai, non seulement l'insomnie fait défaut, mais la fatigue cérébrale se traduit par des attaques de sommeil invincible. Un de mes patients, neurasthénique à la suite de fatigues physiques excessives et prolongées, dort toute la nuit profondément et plusieurs fois dans la journée succombe au besoin de dormir.

Les rêves sont très fréquents chez les malades atteints d'épuisement nerveux. Ils témoignent de l'affaiblissement des centres psychiques, car ils sont bien plus rares chez l'homme adulte dont le système nerveux est en parfait état d'équilibre. Les centres d'idéation ont perdu l'habitude de ces alternatives régulières de repos et d'activité qui en caractérisent le fonctionnement normal. Ces rêves sont toujours pénibles et le patient y joue toujours le mauvais rôle. S'agit-il d'une rixe, il est battu ; d'un accident, c'est lui que menace le plus grand péril. Les cauchemars sont particulièrement fréquents dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, et, pendant des mois et des années, le patient revoit sans cesse, dans son sommeil troublé, les circonstances dramatiques au milieu desquelles il a été frappé.

L'hystéro-neurasthénie traumatique s'accompagne souvent de troubles sensitifs et sensoriels, tels que l'hémianesthésie, l'amblyopie, la dyschromatopsie et le rétrécissement du champ visuel. Dans les cas de ce genre, le sommeil est fréquemment interrompu par des rêves terribles, des visions de spectres ou d'animaux dangereux, des scènes funèbres. M. Charcot a fait à ce sujet cette observation intéressante : dans les cauchemars qui troublent le repos du neurasthénique, les images visuelles sont plus vives du côté de l'œil frappé d'amblyopie et se déplacent toujours de ce côté vers le côté sain [1].

Quand il s'agit de l'épuisement nerveux dû au surmenage intellectuel, l'insomnie s'explique assez bien par l'excès même de l'excitation des centres cérébraux. Le patient est impuissant à modérer l'activité de ces centres qui,

[1] Charcot, *Progrès médical*, 1878, n° 3. — *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 296.

longtemps encore après la cessation de l'effort volontaire, continuent à fonctionner d'une façon déréglée. Ce phénomène est bien connu de tous ceux qui ont pris l'habitude de prolonger leurs travaux fort avant dans la nuit. Mais dans les formes communes de la neurasthénie, et même dans les formes traumatiques, il est bien plus difficile d'expliquer l'insomnie. A cette question : pourquoi ne dormez-vous pas? le patient répond à peu près invariablement : je ne sais pas. C'est, suivant l'expression de M. Ziemssen, l'absence pure et simple du sommeil.

L'insomnie neurasthénique est extrêmement tenace, rebelle au traitement et plus encore chez l'homme âgé que chez l'adulte. Les médicaments hypnotiques restent souvent inefficaces, surtout lorsque l'épuisement nerveux a pour cause l'excès du travail intellectuel; ils réussissent mieux dans les cas où l'insomnie s'accompagne d'un état d'anxiété. Un de mes malades, jeune homme de trente ans, chez lequel je n'ai pu découvrir la cause d'un véritable épuisement nerveux, est resté plusieurs mois sans dormir, malgré de fortes doses de chloral, de bromure, de sulfonal, de paraldéhyde. La marche dans la soirée, poussée jusqu'à la sensation de fatigue, n'était pas suivie d'un meilleur résultat. L'insomnie cessa brusquement et sans cause appréciable. Certains neurasthéniques ont une curieuse tolérance à l'égard des hypnotiques et des narcotiques ; chez d'autres, la fatigue physique est plutôt une cause d'insomnie. Après avoir duré longtemps et résisté à beaucoup de médications, l'insomnie cesse parfois en quelques jours ou même très brusquement, soit pour ne plus reparaître, soit pour se montrer de nouveau, sans cause appréciable, ou bien sous l'influence d'une aggravation de l'état neurasthénique.

Dépression cérébrale. — A des degrés divers, la dépression cérébrale existe dans la plupart des formes cliniques de la neurasthénie. Elle est à peu près constante dans la cérébrasthénie, forme dans laquelle l'affaiblissement de la force nerveuse intéresse très particulièrement ou même exclusivement les centres encéphaliques. Elle se traduit par la fatigue précoce de toutes les fonctions cérébrales et surtout de la mémoire, de l'attention, du jugement, de la volonté et de la résistance aux sensations et aux impressions morales.

Beaucoup de malades se plaignent d'une diminution notable de la mémoire; ils oublient les noms propres, parfois ceux des personnes qu'ils fréquentent journellement; ils oublient même les noms communs et hésitent à nommer des objets vulgaires. Cette diminution de la mémoire peut être un symptôme très précoce. Elle est fort souvent le premier signe appréciable de la neurasthénie, particulièrement chez les hommes surmenés par l'excès du travail intellectuel et épuisés par des préoccupations excessives et prolongées.

Fixer l'attention sur un objet déterminé est une cause de fatigue et provoque l'exacerbation du mal de tête. Le patient lit des pages entières sans retenir et même sans comprendre ce qu'il a lu, ou bien il oublie rapidement, en quelques minutes, ce qu'il vient d'entendre. De là la difficulté de parler, surtout en public, de suivre une conversation, de rédiger une lettre, de tenir une comptabilité. Le neurasthénique déprimé ne peut suivre le cours de ses idées; son esprit s'égare sur des pensées accessoires, étrangères même à l'objet de sa réflexion, ou se perd dans un état de vague rêverie. Aussi le voit-on, dans une réunion animée, garder habituellement le silence et renoncer à défendre les

opinions qui lui sont chères. A un degré de plus, le patient dit précisément le contraire de ce qu'il voudrait dire. Ces troubles sont naturellement bien plus frappants chez ceux qui, avant d'être atteints d'épuisement nerveux, avaient une élocution facile.

Cette déchéance de la faculté d'attention peut être générale ou partielle. Chez quelques patients, tout travail intellectuel est pénible ou impossible, même quand il s'agit d'un objet d'étude étranger aux occupations professionnelles. Ceux-là sont tout à fait condamnés à l'inactivité de l'esprit. Chez d'autres neurasthéniques, au contraire, l'attention peut être soutenue assez longtemps et sans grande fatigue, quand elle s'applique à des objets nouveaux. Mais la fatigue reparaît et le travail doit être suspendu dès qu'ils reviennent à leurs occupations habituelles. Il semble que l'épuisement cérébral n'intéresse que certaines cellules nerveuses dont l'activité a été troublée et la résistance diminuée par le travail de tous les jours. Un comptable ne peut plus calculer sans commettre des erreurs. Un prédicateur ne peut suivre le fil de ses idées ni coordonner les diverses parties de son discours. Un professeur est devenu incapable de poursuivre jusqu'au bout la démonstration d'un problème de géométrie. La plupart des patients ainsi frappés se voient avec une extrême inquiétude menacés de renoncer à leur profession. Aussi ont-ils une grande tendance, comme le fait observer M. Ziemssen, à demander à l'alcool, à la morphine, au tabac, le relèvement de leurs forces cérébrales défaillantes. Il y a des savants morphinomanes et qui ne peuvent suffire à la lourde tâche qu'ils se sont imposée, qu'à la condition de recourir à de fréquentes injections de morphine. Un jeune homme auquel je donne des soins, fumeur modéré, fait un prodigieux abus de cigares

et de cigarettes toutes les fois qu'il entreprend un travail de quelque durée. L'effort intellectuel un peu prolongé lui est absolument impossible, s'il n'a recours à la stimulation cérébrale que produit chez lui la fumée du tabac. — Des observations de ce genre on doit conclure à cette règle d'hygiène cérébrale, d'ailleurs bien connue : pour éviter la fatigue et l'impuissance de leurs facultés, les grands travailleurs doivent varier les sujets d'étude et ne pas concentrer leur attention longtemps ni exclusivement sur un même objet.

La fatigue précoce que produit l'effort pour l'association et la comparaison des idées porte atteinte à la sûreté du jugement ; de là des erreurs d'appréciation, des hésitations, des irrésolutions.

Beaucoup de neurasthéniques ne peuvent prendre une décision, même quand il s'agit d'une affaire de minime importance. Un de mes malades est incapable de choisir une étoffe chez son tailleur. Il arrive même que la seule pensée qu'ils vont être obligés de prendre une décision jette les patients dans un véritable état d'anxiété.

L'affaiblissement de la volonté, l'aboulie, est encore plus manifeste ; c'est la note caractéristique de l'état moral du neurasthénique. Le malade ne sait plus suivre la voie qu'il s'était tracée ; tout obstacle l'arrête et le décourage, au lieu de redoubler ses efforts ; il s'abandonne lui-même. Cet effondrement de l'énergie morale m'a particulièrement frappé dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. Deux de mes malades, qui ont cependant l'apparence d'hommes vigoureux et très capables de travailler, traînent ainsi leur misérable existence, revenant sans cesse à l'hôpital, incapables de surmonter la répugnance que leur inspire toute activité, vivant de rien, laissant leur propre

famille dans un état voisin de la misère. Et cette impuissance de leur volonté est bien le fait de la maladie, car, avant le traumatisme, ils étaient actifs et laborieux. Un autre patient, celui-là dans une situation aisée, neurasthénique très probablement héréditaire, délaisse la direction de ses affaires, renonce à toute entreprise nouvelle et se sent incapable de l'effort nécessaire pour prévenir l'éloignement prochain de sa clientèle.

Le caractère est également changé, et cette modification est particulièrement remarquable chez l'homme qui, auparavant, était doux et d'humeur facile. Les mille petits ennuis de la vie, un bruit importun, les cris des enfants, l'insuccès d'un projet de nulle importance, l'arrivée d'une personne peu sympathique ou seulement étrangère, sont autant de causes d'impatience, d'emportements et d'accès de mauvaise humeur. Nous sommes loin de cette belle égalité d'humeur, le meilleur indice du fonctionnement régulier du système nerveux.

Cette émotivité maladive est quelquefois poussée assez loin pour rendre très difficile l'accomplissement des devoirs professionnels. Elle peut atteindre des proportions extrêmes et contraster étrangement avec l'état antérieur du patient. Un conducteur de locomotive est devenu neurasthénique à la suite d'un accident de chemin de fer. C'était auparavant un homme robuste, d'une grande énergie morale. Il a été soldat, et à diverses reprises il a vu la mort de près, sans éprouver une très grande émotion. Depuis son accident, ce n'est plus du tout le même homme ; il est triste, abattu, craintif, pusillanime ; la vue d'un train en marche et le sifflet d'une locomotive provoquent chez lui une véritable angoisse et un accès de tremblement.

Quelques patients ont à un haut degré le sentiment de la diminution de leur énergie morale, de la déchéance de leur personnalité, et c'est pour eux une cause d'accès de désespoir. Ils se sentent dans un état d'infériorité constant; ils constatent qu'ils ne peuvent plus compter sur leurs propres forces, et cette constatation est douloureuse. Ils se trouvent habituellement dans la situation d'un homme incomplètement éveillé et qu'un bruit insolite épouvante. Complètement éveillé, l'homme dont la force nerveuse est intacte se rend compte de l'inanité de sa crainte et reprend bien vite possession de lui-même. Le neurasthénique déprimé se trouve souvent d'une façon durable, et pleinement éveillé, dans cet état de crainte, d'anxiété, où ne fait que passer l'homme incomplètement éveillé.

Assurément, il y a bien des degrés dans la dépression cérébrale. A un faible degré, elle est compatible avec une vie assez active et laisse même le patient capable, à de certains intervalles, d'un surcroît de travail. Mais, quand elle est très prononcée, la dépression cérébrale est un symptôme grave, tenace, qui trouble profondément l'existence du malade, le livre sans résistance aux préoccupations morales tristes et peut ainsi le conduire au suicide.

Asthénie neuro-musculaire. — L'affaiblissement de la force motrice est peut-être le plus commun des symptômes de l'épuisement nerveux. Je ne l'ai vu manquer que dans quelques cas de pure cérébrasthénie.

Il ne s'agit point d'une paralysie véritable. Le patient est très capable d'exécuter un mouvement quelconque, de résister aux tentatives de flexion ou d'extension de ses membres ; mais il est incapable de soutenir longtemps la contraction de ses muscles. Ce qui lui manque, c'est une

réserve suffisante de force motrice. On ne peut expliquer ce singulier trouble de la motilité autrement que par l'épuisement trop rapide et la réparation trop lente de la force produite et conservée dans les cellules motrices du cerveau et de la moelle épinière. De là l'apparition précoce des signes de la fatigue musculaire. Ce trouble de l'appareil neuro-musculaire est d'ailleurs purement fonctionnel. Même dans les cas où il est très prononcé, on ne constate aucun des signes qui révèlent une lésion véritable. Les réactions électriques ne sont pas modifiées, et les réflexes tendineux présentent généralement les mêmes caractères qu'à l'état normal.

On conçoit aisément quelle perturbation cette asthénie motrice jette dans l'existence du neurasthénique. Rester debout, marcher, écrire, parler, se livrer à un travail manuel, tous ces actes sont pour lui autant de causes de fatigue. Il est sans cesse épuisé. Il est vrai qu'il y a des degrés divers de l'asthénie motrice ; elle ne va pas toujours jusqu'à compromettre sérieusement l'accomplissement des devoirs professionnels, et tous les groupes musculaires ne sont pas également intéressés. — Une jeune fille de vingt-deux ans est devenue neurasthénique à la suite de grands revers de fortune et de cruelles déceptions ; elle a de la céphalée, de l'insomnie et de la dyspepsie nerveuse ; elle peut encore se servir de ses mains pour quelques menus travaux, mais elle est incapable de marcher plus de deux ou trois minutes, puis elle regagne péniblement son lit qu'elle ne quitte guère depuis plusieurs mois. — Un homme d'affaires fut frappé d'épuisement nerveux dans des circonstances dramatiques ; en peu de temps il faillit périr dans un incendie et fut injustement accusé de fautes professionnelles graves. Il présente divers symptômes neurasthéniques, et, chez lui,

l'asthénie motrice intéresse à peu près exclusivement les membres inférieurs. Il ne peut absolument pas rester debout plus de dix minutes. A ce moment là, la sensation de fatigue apparaît si vite et devient telle, qu'il est obligé de s'asseoir ou d'appuyer le genou fléchi sur une chaise. — Une femme de cinquante ans, malade depuis sa jeunesse, peut encore marcher et se promener dans son jardin, mais elle ne peut couper une fleur sans éprouver dans les bras une sensation de lassitude douloureuse. Depuis bien des années, elle a renoncé à jouer du piano.

L'asthénie motrice des membres inférieurs est plus commune et prononcée dans la neurasthénie féminine. On voit les femmes, ainsi frappées de cette faiblesse permanente des jambes, renoncer à la marche, redouter la station verticale, s'étendre à chaque instant sur une chaise longue et bientôt y passer toute la journée. Quand elle est très prononcée et paraît condamner la patiente à l'immobilité du lit, cette impotence des jambes s'accompagne le plus souvent d'un état mental particulier, et, dans certains cas, procède autant de ce trouble mental que de l'épuisement rapide de la force nerveuse et musculaire.

L'asthénie motrice n'est pas toujours permanente, elle survient quelquefois par accès, et l'un des éléments les plus caractéristiques de ces accès est une sensation particulière, qu'on rencontre d'ailleurs dans d'autres états nerveux, le goitre exophtalmique par exemple, et qui est connue sous le nom de sensation de dérobement des membres inférieurs. Il n'est pas très rare que, sous le coup d'une très vive frayeur, un homme dont le système nerveux n'est point malade, éprouve cependant une sensation d'anéantissement, d'épuisement subit et profond de toutes ses forces. Il lui semble que ses jambes, incapables

de le porter, vont fléchir et se dérober sous lui, et cette sensation s'accompagne d'une sorte de fatigue douloureuse dans les genoux. Or bon nombre de neurasthéniques se trouvent souvent dans cet état, ou du moins ces accès d'anéantissement sont chez eux très fréquents et surviennent à l'occasion d'une émotion légère, d'une fatigue physique même modérée, quelquefois sans aucune cause appréciable.

Un caractère remarquable de la lassitude neurasthénique, c'est qu'elle existe dès le matin, au réveil, comme si le patient n'avait pas passé la nuit dans son lit. Elle diminue ou même disparaît momentanément aussitôt après le repas. Ce phénomène s'explique sans doute par les variations du tonus vasculaire. Il est généralement affaibli et particulièrement dans les formes dépressives de la neurasthénie. Or, après le repas, du moins si l'absorption gastro-intestinale n'est pas gravement compromise, la tension s'élève dans les artères périphériques; de là, une activité plus grande des circulations locales dans les muscles et les centres nerveux, une sensation passagère de force et de bien-être, une plus grande aptitude au travail physique et intellectuel.

Suivant la judicieuse remarque de Beard, les malades ne peuvent jamais entièrement compter sur leurs forces; ils sont toujours en imminence de fatigue musculaire. Cependant un grand effort de volonté les rend parfois capables de déployer une énergie vraiment inattendue. Des femmes épuisées, éternellement fatiguées, passant leur vie sur une chaise-longue, sont tout à coup assez fortes pour se lever, marcher, rester debout pendant de longues heures, s'il s'agit de soigner et de veiller un enfant malade. Il est vrai que cet effort achève de les épuiser et

qu'elles retombent ensuite plus profondément dans leur état habituel de dépression physique et morale.

Rachialgie. — La douleur dans le dos est presque aussi commune que la céphalée. Elle est pour la moelle épinière ce que la céphalée est pour le cerveau. C'est une sensation de chaleur, de brûlure, de fourmillement, de courbature, la *tenderness of the spine* des auteurs anglais, sensation souvent plus pénible que réellement douloureuse. Quelquefois cependant la douleur est vive et comparable à la douleur lancinante des névralgies. Elle peut aussi s'accompagner d'une hyperesthésie des vertèbres et de la peau, parfois telle, que le patient ne peut supporter un contact ni même le frôlement de la main. La pression des apophyses épineuses, la station verticale prolongée, les mouvements de la colonne vertébrale et même le contact des vêtements sont autant de causes qui augmentent les sensations pénibles ou douloureuses ; mais ces sensations peuvent exister aussi sans hyperesthésie et sans douleur provoquée par la pression.

La rachialgie occupe les diverses régions de la colonne vertébrale, mais elle a des sièges de prédilection, la septième cervicale, les vertèbres lombaires, la région sacrée. C'est cette dernière localisation de la rachialgie que M. Charcot nomme la *plaque sacrée* et qu'il considère comme un bon signe de neurasthénie. Avec la rachialgie lombaire et sacrée coïncident souvent une sensation de pesanteur des membres inférieurs, des douleurs locales et une vive sensibilité de l'urètre et des organes génitaux. Ce syndrome est assez commun dans les cas d'épuisement nerveux dû aux excès génésiques. Enfin la douleur peut occuper le coccyx, et cette coccygodynie, qui peut être très douloureuse, s'accompagne souvent d'une sensation

étrange d'allongement de la colonne vertébrale, si bien que le patient a grand'peine à s'asseoir.

Ce sont ces cas de rachialgie prononcée avec hyperesthésie et douleurs des régions voisines de la colonne vertébrale, qu'on a décrits sous le nom d'irritation spinale. Mais l'irritation spinale n'est pas une affection distincte, comme le croient encore quelques pathologistes qui, à l'exemple de M. Rosenthal[1], lui font une place parmi les maladies de la moelle épinière. Elle n'est qu'une des manifestations de l'épuisement nerveux. D'ailleurs elle existe fort rarement seule; elle est le plus souvent accompagnée d'autres symptômes de myélasthénie ou de cérébrasthénie.

La rachialgie est plus commune chez la femme que chez l'homme. Elle est souvent plus intense au moment des règles et s'accompagne parfois d'ovarialgie et de névralgie lombo-abdominale. Chez l'homme, les douleurs du dos sont souvent confondues avec le rhumastisme. Quand elles coïncident avec des douleurs des membres inférieurs et des troubles des organes génitaux, elles simulent la période préataxique du tabès et sont la cause de vives préoccupations hypocondriaques.

La rachialgie peut être passagère et mobile, comme beaucoup d'autres symptômes neurasthéniques, mais assez souvent elle est tout aussi tenace que la céphalée. J'ai observé pendant longtemps un homme de cinquante ans, neurasthénique de longue date, qui, avec une atonie gastro-intestinale prononcée, souffre depuis six ans d'une douleur à peu près continue au niveau de la septième vertèbre cervicale.

[1] Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*, traduction française de M. Lubanski, Paris, 1878.

Dyspepsie par atonie gastro-intestinale. — Les troubles neurasthéniques des voies digestives sont fort nombreux et se combinent de diverses façons, soit entre eux, soit avec les autres symptômes de l'épuisement nerveux. Cependant il est un syndrome dyspeptique très commun dans toutes les formes de cette névrose, et qui mérite de prendre place parmi les stigmates neurasthéniques. Ce syndrome dyspeptique procède d'un défaut d'activité, d'une atonie intéressant tout à la fois les glandes et les muscles de l'estomac et de l'intestin. L'appétit est souvent diminué et la langue un peu saburrale. L'ingestion des aliments, quels qu'ils soient, provoque, mais à des degrés divers, un ballonnement pénible de l'épigastre, puis de l'abdomen, avec sensation de pesanteur et de plénitude. L'accès dyspeptique s'accompagne d'accablement, d'inaptitude au travail intellectuel et physique, de bouffées de chaleur au visage. Le malaise dure plus ou moins longtemps, deux ou trois heures ; quelquefois, il n'a pas entièrement disparu au moment du repas suivant. Après le repas du soir, il est une cause d'insomnie et de rêves pénibles. Les émissions de gaz par la bouche et par l'anus sont très communes et toujours suivies d'une diminution marquée des sensations pénibles. La constipation est la règle, et fort souvent elle est extrêmement prononcée. Quand elle dure depuis longtemps, elle s'accompagne à peu près inévitablement de colite pseudo-membraneuse.

Il y a deux degrés, deux formes cliniques, de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, la forme légère et la forme grave. Dans la première, on ne constate pas autre chose que les troubles fonctionnels que je viens de décrire ; les signes objectifs sont nuls ou à peu près nuls. Le patient, s'il n'a pas d'autre cause de dépérissement, ne

maigrit pas et garde son embonpoint. — Dans la forme grave, outre les symptômes de l'accès dyspeptique, on observe encore la perte des forces, l'amaigrissement et une teinte terreuse du visage. L'amaigrissement est parfois assez rapide et prononcé pour faire naître dans l'esprit du clinicien l'idée d'une affection organique incurable, celle surtout du cancer latent de l'estomac. Les signes objectifs peuvent encore manquer, mais le plus souvent ils ne font pas défaut. L'examen méthodique de l'abdomen permet de constater la dilatation de l'estomac, le relâchement de la paroi abdominale et quelquefois cette modification de la statique abdominale que M. Glénard a décrite sous le nom d'entéroptose. — Le plus souvent, le malade passe progressivement du premier au second degré de l'atonie gastro-intestinale. Mais il y a des cas, et ils ne sont pas très rares, dans lesquels, très peu de temps après le début des symptômes neurasthéniques, l'atonie gastro-intestinale a déjà franchi le premier degré. Du reste, je reviendrai sur cette importante question des troubles digestifs d'origine neurasthénique.

A ces principaux symptômes ou stigmates des états neurasthéniques, on peut encore ajouter trois autres symptômes, peut-être un peu moins fréquents, mais non moins caractéristiques. Ce sont :

La dilatation habituelle de la pupille qui parfois réagit un peu plus faiblement à la lumière ;

La décoloration avec refroidissement réel et sensation subjective de froid des mains et des pieds ;

La diminution plus ou moins prononcée de la puissance virile, qui n'existe pas seulement dans la neurasthénie génitale, mais aussi dans d'autres formes de l'épuisement

nerveux, celles surtout où dominent les symptômes de dépression.

Tels sont les symptômes les plus communs de l'épuisement nerveux. Ce sont vraiment les stigmates des états neurasthéniques. Ce sont ces stigmates qu'il faut soigneusement rechercher, comme on recherche les symptômes analogues de l'hystérie, pour établir sûrement le diagnostic. Assurément tous ne sont pas toujours réunis chez le même malade ; mais il est bien rare qu'on ne puisse, dans un cas donné, retrouver un ou même plusieurs de ces symptômes indicateurs.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES DE LA NEURASTHÉNIE

Il est peu de malades dont l'examen exige autant de patience et de tact que celui des neurasthéniques. Presque tous les symptômes sont d'ordre subjectif. C'est donc de la bouche même du patient que nous devons les apprendre. Or bien peu de gens sont capables d'une observation aussi délicate. De là, la nécessité d'interrogatoires soigneux, méticuleux, prudemment dirigés et surtout souvent répétés. Ce n'est guère qu'après quatre ou cinq examens méthodiques et complets qu'on est à peu près sûr de posséder une observation correcte.

Il faut savoir que beaucoup de neurasthéniques ont une tendance à dissimuler certains symptômes et certaines causes de leur maladie. Ils parlent volontiers des troubles gastro-intestinaux, de l'insomnie, de la céphalée, des douleurs, de la faiblesse dans les membres; mais ils avouent plus difficilement divers troubles cérébraux, tels que la perte de la mémoire, l'émotivité, les états d'anxiété, l'affaiblissement de la volonté, symptômes qui, aux yeux des

moins clairvoyants, témoignent évidemment d'un amoindrissement de la personnalité morale.

Placé en face d'un neurasthénique, le médecin doit éviter l'écueil de l'indifférence et du scepticisme. C'est un malade chez lequel, il est vrai, on ne voit rien, on n'entend rien, on ne touche rien. Il devient difficile de séparer le vrai du faux, et, comme le fait observer M. Weir Mitchell, nous sommes ainsi portés à devenir trop sceptiques à l'endroit de causes de véritables tourments.

Ces troubles fonctionnels que je viens de décrire sous le nom de stigmates neurasthéniques, on les retrouve avec les mêmes caractères chez l'ouvrier victime d'un traumatisme, le commerçant frappé d'un grand désastre financier, la femme qui vient de perdre ses enfants, l'homme dont une violente frayeur a fortement ébranlé le système nerveux. C'est là, je l'ai fait remarqué déjà, une preuve décisive de l'autonomie de la neurasthénie. Comment admettre que des hommes et des femmes d'origine, d'éducation, de situation sociale si dissemblables, imaginent exactement les mêmes phénomènes, accusent faussement les mêmes sensations. Mais il est certain que, dans presque tous les cas, et particulièrement chez les femmes neurasthéniques, l'exagération joue un très grand rôle. La tendance à l'exagération de toutes les sensations, pénibles ou agréables, procède de la nature même de la maladie, de cette diminution de l'énergie morale qui en est un des principaux caractères.

Tous les appareils, tous les organes peuvent être intéressés, et tous ces troubles des innervations générale et locale sont l'effet de cette double tendance à la dépression et à l'excitation. Il semble que le système nerveux ne puisse retrouver ni garder l'état d'équilibre. Les phénomènes

de dépression sont les plus communs. Les symptômes d'excitation ne sont pas d'ailleurs l'indice d'un accroissement réel de la force nerveuse. Cette excitation psychique et motrice sans but et sans résultat utile, ces nombreux phénomènes réflexes que mettent en jeu des causes très légères, prouvent que les centres nerveux ne gardent plus en réserve, n'accumulent plus la force qu'ils produisent, et c'est là un autre signe d'affaiblissement.

Il est probable que je ne ferai pas une revue très complète de tous les symptômes de la neurasthénie. On en a d'ailleurs bien exagéré le nombre et la variété. Il suffira de faire connaître ceux qu'on rencontre le plus souvent et dont les associations constituent les différentes formes cliniques de la maladie.

I. FACIÈS. HABITUS EXTÉRIEUR

Au point de vue de la première impression qu'ils font naître dans l'esprit du clinicien, les neurasthéniques se partagent en deux groupes, entre lesquels il y a sans doute des intermédiaires, ceux qui sout déprimés et ceux qui ne le sont pas, ou qui du moins paraissent ne pas l'être au premier abord.

Le neurasthénique déprimé, c'est par exemple l'ouvrier frappé d'hystéro-neurasthénie traumatique, la femme victime d'une passion dépressive, l'homme qui de l'enfance à l'âge adulte s'est livré avec passion à l'onanisme. Le patient est pâle et amaigri. Il est sans force et sans courage, toujours triste et abattu. Toutes les choses lui apparaissent par le mauvais côté. On le voit rarement sourire. Il va la tête baissée, évitant les regards. Son œil est alangui, sans

éclat. Il n'ose guère regarder en face celui qui lui parle, et ce vague de son regard est comme un signe d'impuissance, un aveu de l'infériorité de sa force morale. Il a toujours la démarche d'un homme fatigué. Sa parole est lente, entrecoupée, traînante. Il est généralement très sensible au froid et vêtu pendant l'été presque comme pendant l'hiver. Ce neurasthénique n'est pas bavard, il ne raconte pas son histoire en grands détails. Où avez-vous mal? où souffrez-vous? J'ai mal partout, je suis las, je suis faible, je ne puis plus rien faire. Quelquefois il ajoute : Je ne dors pas, j'ai mal à la tête et à l'estomac. Bien souvent c'est tout ce que l'on peut tirer d'un neurasthénique déprimé, du moins à un premier examen. Avec lui, le médecin n'a pas beaucoup à redouter l'ennui des petits papiers. Il faudra, au contraire, chercher à le faire parler, à gagner sa confiance, puis il faudra le remonter, ce qui n'est pas chose facile.

Il s'en faut que tous les neurasthéniques aient cet aspect de dépression physique et morale. Beaucoup ont l'air de gens bien portants, du moins quand il ne souffrent pas de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale. Ils n'inspirent guère de sympathie et passent généralement pour des malades imaginaires. Ce sont le plus souvent des neurasthéniques héréditaires ou bien des industriels, des gens d'affaires, qui ont énormément travaillé, mais sans éprouver de grands revers de fortune.

C'est sous cet aspect que se présente le plus souvent le mal américain, la neurasthénie des Américains du Nord. Voici en quels termes Beard a tracé la physionomie de ses compatriotes frappés d'épuisement nerveux : « La faiblesse nerveuse avec tous les symptômes que je viens de décrire se rencontre avec l'apparence d'une santé parfaite.

En raison de leur irritabilité, de la variabilité et de l'incertitude des symptômes qu'ils présentent, les patients de cette catégorie excitent peu la commisération. Parfois ils ont de l'embonpoint et de l'activité; ils sont en apparence frais, robustes, vigoureux. Il peut même arriver qu'ils engraissent, alors que leur état nerveux s'aggrave. Ils augmentent de poids lorsque les troubles des voies digestives disparaissent et font place à ceux du cerveau et de la moelle épinière. Cette modification trompe l'entourage, le médecin lui-même, et le patient excite moins de sympathie au moment où il en aurait le plus besoin. Il y a quatre ans, un homme politique éminent vint me consulter pour un ensemble de symptômes nerveux qui avaient été provoqués par un coup de soleil, ce qui n'est pas chose rare. C'était un homme d'une stature herculéenne; or il me faisait une description de sa maladie tout à fait conforme à celle que nous sommes habitués à entendre sortir de la bouche d'une femme hystérique. Un médecin, venu chez moi pour me parler, traversa ma salle d'attente; il me fit avec étonnement cette remarque : « Tous vos malades sont de vrais géants. » Et cependant, parmi eux se trouvaient des cas très graves d'épuisement nerveux. On ne saurait trop le répéter : un homme peut avoir la plus robuste constitution et cependant son système nerveux peut être affaibli comme l'est celui d'une jeune fille hystérique qui ne quitte plus son lit.

C'est plutôt dans cette catégorie de malades que le médecin est exposé à rencontrer le neurasthénique ennuyeux, celui que M. Charcot a marqué d'une de ces expressions pittoresques qui lui sont familières, l'homme aux petits papiers. Le neurasthénique déprimé ne parle pas assez, celui-là parle trop. Il n'en a que pour quelques minutes,

et, pour ne pas vous faire perdre votre temps et ne rien oublier, il a pris quelques très petites notes qu'il va vous lire. Or, ces petites notes sont souvent de longs mémoires, diffus, incohérents, dont on ne peut pas tirer grand'chose. M. Pitres[1] en a reproduit quelques curieux exemples. Il ne faut rien exagérer pourtant, et ne pas conclure des petits papiers à la neurasthénie. Bon nombre de patients, en entrant dans le cabinet du médecin, tirent de leur poche de petits papiers, qui ne sont en aucune façon des neurasthéniques.

D'ailleurs, ces récits ennuyeux où le malade, même intelligent, relate d'une façon diffuse l'histoire de ses souffrances, sont déjà l'indice d'un état mental particulier et très caractéristique de la plupart des cas d'épuisement nerveux. Le patient est un inquiet, et, parmi beaucoup d'autres peurs, il a presque toujours celle d'oublier un détail duquel lui paraît dépendre le rétablissement de sa santé. Il doute de ses facultés, de ses propres forces; la confiance en soi lui fait défaut. De plus, sa mémoire est fort souvent réellement affaiblie, ou du moins l'exercice en est pénible, même douloureux, et nous avons vu que l'affaiblissement de la mémoire est un des premiers signes de la neurasthénie cérébrale. L'incohérence de ces récits témoigne encore de l'inaptitude au travail intellectuel, de la diminution de la faculté d'attention, de la difficulté qu'éprouve le patient à coordonner des idées qui cependant lui sont familières. Ce sont encore là des signes assez caractérisques de l'épuisement nerveux.

[1] Pitres, *La Neurasthénie (Echo médical*, Toulouse 1889).

II. SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX

En étudiant les stigmates des états neurasthéniques, j'ai déjà décrit les principaux symptômes cérébraux : la céphalée, l'insomnie, les rêves et les cauchemars, la dépression cérébrale, la diminution de la mémoire, celle de l'attention, l'inaptitude générale ou partielle au travail intellectuel, l'incertitude du jugement, l'affaiblisement de la volonté, l'émotivité. Ces symptômes sont, en effet, les plus communs parmi les troubles des fonctions cérébrales. Dans les cas de cérébrasthénie, ils dominent le tableau clinique. Ce sont encore ces mêmes symptômes qu'on observe le plus souvent dans les cas où la myélasthénie s'accompagne de quelques troubles cérébraux.

Agitation motrice. — Quelques neurasthéniques ont un besoin maladif d'activité motrice, générale ou partielle. Cette agitation peut être continue, ce qui est rare, ou survenir par accès, ce qui est bien plus fréquent. C'est quelque chose d'analogue à cette agitation mêlée d'anxiété qu'on observe si souvent dans la période prodromique de certaines vésanies. En effet, si ce besoin de mouvement n'est pas satisfait, il s'accompagne de malaises indéfinissables, mais très réels, d'une sorte d'état d'angoisse. Ces accès se voient même dans les formes dépressives de la neurasthénie. Un de mes malades, depuis vingt-cinq ans frappé d'hystéro-neurasthénie traumatique, est habituellement triste, abattu, sans force et sans courage; il y a longtemps qu'il ne peut plus travailler. De temps en temps, il est pris d'un besoin impérieux de marcher et qu'il doit absolument satisfaire. Il demande alors qu'on le laisse

libre, d'aller çà et là, à son gré, dans la cour de l'hôpital. A plusieurs reprises, il a quitté mon service pour satisfaire plus à son aise cet étrange besoin de déambulation. Un malade de Beard ne pouvait rester assis sur une chaise pendant le temps nécessaire pour l'électriser.

Migraine. — La migraine est souvent associée à la neurasthénie. Cette association ne doit pas surprendre, car l'une et l'autre névroses font partie de la famille névropathique. La migraine est particulièrement commune dans la forme héréditaire de l'épuisement nerveux. Elle en est un des premiers signes. Elle apparaît chez le jeune garçon de quinze à dix-huit ans, quelquefois plus tôt, et, chez la jeune fille, le plus souvent au moment des premières menstruations. C'est la forme commune de la migraine qu'on observe dans la neurasthénie. Les formes dites accompagnées sont plutôt associées aux névroses plus graves ou aux affections nerveuses organiques, comme la paralysie générale. A mesure que le neurasthénique approche de la vieillesse, ses accès deviennent plus rares et ils finissent par disparaître. A une période moins avancée de la vie, la disparition des accès de migraine n'est pas toujours un signe favorable. Sans doute, elle peut être une preuve de l'efficacité du traitement et annonce une amélioration durable. Mais il n'est pas rare que, par une sorte de fâcheuse compensation, la disparition en soit suivie d'une aggravation des autres symptômes neurasthéniques.

Vertiges. — La neurasthénie, surtout quand elle provoque des troubles cérébraux et gastriques, s'accompagne parfois de vertiges. Beard et M. Charcot[1] insistent

Beard, *loc. cit.* — Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 517. — E. Weill, *Des vertiges*, thèse d'agrégation, Paris, 1883, p. 63.

avec raison sur l'étroite relation de ces vertiges avec l'épuisement nerveux lui-même. Il est bien probable, en effet, que la plupart des vertiges gastriques ne sont pas autre chose que des vertiges neurasthéniques.

Le vertige de l'épuisement nerveux peut être influencé par les troubles digestifs, ce qui n'est pas une raison suffisante pour en placer la cause dans l'estomac. Il survient à jeun, pendant l'état de vacuité de l'estomac, et diminue ou cesse après le repas, ou bien il apparaît après l'ingestion des aliments, au milieu de ces sensations de pesanteur, de ballonnement épigastrique et de torpeur cérébrale, cortège habituel de la digestion du neurasthénique atteint d'atonie gastro-intestinale. Cet accès vertigineux est assez comparable, sauf l'intensité, à celui de la maladie de Ménière. La vue se trouble, les oreilles bourdonnent, la tête semble vide et l'équilibre fait défaut. Le patient titube à la manière d'un homme ivre. Les objets oscillent devant ses yeux, le sol se dérobe sous ses pieds, ou bien encore il lui semble que lui-même est animé d'un mouvement involontaire qui l'entraîne en avant, en arrière, latéralement. Toutes ces impulsions sont loin, comme le fait observer M. Charcot, d'être aussi soudaines et irrésistibles que dans le cas de vrai vertige de Ménière, et il est tout à fait rare que le neurasthénique pris de vertige soit précipité par terre.

Chez un de mes malades, neurasthénique par excès de travail intellectuel, les accès de vertige, fréquents et très pénibles, surviennent même au lit, le matin, dès qu'il ouvre les yeux. Un autre malade, neurasthénique depuis cinq ans, et qui souffre actuellement d'atonie gastro-intestinale, a deux espèces d'accès vertigineux, les uns légers et de courte durée, les autres intenses et de durée bien plus

longue. Dans l'accès léger, la vue semble s'obscurcir, les objets deviennent confus et oscillent, mais il suffit au patient de fermer les yeux pour mettre fin à ces sensations pénibles. Ces sensations persistent, au contraire, et s'aggravent, s'il continue à fixer les objets environnants, et surtout si ces objets sont en mouvement, comme un train ou une voiture. Dans l'accès intense, l'occlusion des yeux n'a plus la même efficacité, et le patient est obligé de saisir promptement le premier point d'appui qui s'offre sous ses mains, de crainte d'être violemment précipité par terre. L'accès dure quelques minutes et laisse un grand abattement.

Le vertige appartient aux formes cérébrales de la neurasthénie. On le rencontre chez les hommes épuisés par l'excès du travail intellectuel et de vives préoccupations morales. Il se mêle parfois aux symptômes de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Enfin il existe aussi dans les cas de neurasthénie génitale. Le vertige cède plus aisément au traitement général de l'état neurasthénique qu'au traitement particulier des troubles digestifs, et ce fait prouve encore qu'il doit être envisagé comme un symptôme procédant directement de la névrose elle-même.

Hypocondrie. — L'hypocondrie fait rarement défaut chez les patients frappés d'épuisement nerveux, du moins lorsque la maladie dure depuis un certain temps. Mais il s'agit d'un état mental particulier, et il y a vraiment lieu de distinguer l'hypocondrie neurasthénique de l'hypocondrie vésanique. Les préoccupations hypocondriaques de l'épuisement nerveux sont mobiles, faiblement systématisées. Le patient est assez facilement convaincu, bien que le plus souvent cette conviction ne soit pas de longue durée, de l'inanité de l'objet de son inquiétude. Suivant la

nature, le siège et l'intensité des malaises dont il souffre, il se croit atteint d'une maladie de cœur, du cerveau, de la moelle épinière, de l'estomac. Mais il accepte volontiers, et souvent même recherche spontanément, les encouragements et les démonstrations de son médecin qui s'efforce de l'éclairer sur la nature de son mal. Il en éprouve un certain apaisement moral, du moins jusqu'à ce que de nouvelles souffrances fournissent un nouvel aliment à ses préoccupations hypocondriaques.

Par tous ces caractères, l'hypocondrie neurasthénique diffère évidemment de la vésanique, laquelle est tenace, systématisée sur un objet déterminé, sans conscience, résiste aux raisonnements, et ne se laisse pas convaincre de l'inanité de l'objet sur lequel elle s'est fixée. Il est vrai que la limite qui sépare ces deux états de l'esprit est facile à franchir, et le neurasthénique peut devenir un véritable hypocondriaque. La transition est d'autant plus facile, que l'épuisement nerveux, surtout quand il est héréditaire, constitue un terrain favorable au développement des psychoses, comme d'ailleurs des autres maladies nerveuses qui font partie de la famille névropathique.

A propos des préoccupations hypocondriaques des neurasthéniques, le médecin commet souvent l'erreur de croire que c'est là toute la maladie, ou bien, s'il relève quelques autres symptômes, il les attribue volontiers à l'hypocondrie elle-même, et le patient est classé dans la catégorie des hypocondriaques. Il est clair que c'est là une erreur d'interprétation. L'hypocondrie est ici un signe de l'affaiblissement de la force nerveuse, rien de plus; elle n'a que la valeur d'un symptôme. D'ailleurs en remontant patiemment dans l'histoire antérieure du malade, on y trouve bien d'autres symptômes neurasthéniques dont le

développement a précédé celui des préoccupations hypocondriaques.

La confusion de l'hypocondrie vésanique avec l'hypocondrie neurasthénique, la tendance à considérer celle-ci comme la cause des autres symptômes nerveux qui l'accompagnent, voilà deux erreurs qui ont régné longtemps, qui n'ont pas encore cessé et qui ont singulièrement obscurci l'histoire de l'épuisement nerveux. On s'explique ainsi que la neurasthénie ait été si longtemps dépourvue d'autonomie et qu'elle ait été démembrée au profit de l'hypocondrie.

Délire. — Le délire n'est pas un symptôme neurasthénique. Quelque troublées que soient les facultés intellectuelles, les conceptions délirantes font défaut, et le patient conserve l'entière conscience de son état mental. Cependant, dans la période d'acuité qui marque le début de certaines neurasthénies, on peut observer de courts accès de délire émotif. Ces accès durent à peine au delà de quelques heures. J'en citerai un ou deux exemples en faisant l'histoire de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Ils apparaissent quelquefois aussi, mais plus rarement, à l'occasion d'une émotion nouvelle, chez des neurasthéniques depuis longtemps malades. Une femme de soixante ans présente depuis plusieurs années des symptômes d'épuisement nerveux. Elle a eu de grands chagrins et elle est tombée dans une situation voisine de la misère. Un jour, on lui annonce la mort d'une personne qu'elle aimait beaucoup et qui lui avait fait quelque bien. Le soir, elle se mit à délirer, parlant confusément de cette personne et de l'époque où elle l'avait connue. Ce délire était assez calme, sans grande agitation. Il dura toute la nuit. Le lendemain matin, l'accès était terminé, la malade reprenait sa vie

habituelle, et, depuis, il n'y a plus chez cette femme aucune trace de conception délirante.

III. ÉTATS D'ANXIÉTÉ NEURASTHÉNIQUE

Un terme générique nous manque pour désigner ces états particuliers de l'esprit que caractérise un sentiment de crainte avec anxiété. A défaut d'une expression meilleure, on peut employer celle d'état d'anxiété, dont je me suis déjà servi dans la première édition de cet ouvrage. Il serait convenable d'ajouter l'épithète de neurasthénique, afin de distinguer ces troubles psychiques propres à l'épuisement nerveux, de l'anxiété qu'on peut observer dans les véritables vésanies.

Le type le plus connu et le plus étudié est l'agoraphobie, mais il existe beaucoup d'autres genres de l'état anxieux neurasthénique. Dans la forme cérébrale de la neurasthénie, quelquefois aussi dans les formes spinale et cérébro-spinale, il existe un affaiblissement notable de la force de résistance aux sensations et aux impressions morales. Cet affaiblissement, plus ou moins prononcé, peut être général ou partiel, et, dans ce cas, il ne se manifeste qu'à l'occasion de certaines sensations. Il engendre d'abord l'émotivité, un des traits les plus constants de l'état mental du neurasthénique. De l'émotivité procède la crainte qui, poussée à un certain degré, s'accompagne d'une anxiété véritable. Il n'est peut-être pas un neurasthénique dont le cerveau ne recèle une peur. Seulement il faut la chercher, car très souvent le patient ne l'avoue pas volontiers.

La crainte est un sentiment naturel. Elle existe souvent

à un haut degré chez l'enfant. Puis elle s'atténue et cesse plus ou moins complètement à mesure que l'éducation et l'habitude développent la volonté et la force de résistance aux sensations et aux impressions morales. Mais ces deux facultés ne sont pas, tant s'en faut, développées au même degré chez tous les individus qui arrivent à l'âge adulte. C'est là, d'ailleurs, une cause d'inégalité parmi des hommes également intelligents et appartenant à une même classe de la société. Ces distinctions s'effacent un peu dans le cours de la vie ; elles sautent aux yeux dans certains milieux, les internats par exemple, où beaucoup d'enfants et de jeunes gens vivent en commun.

Depuis la simple exagération du sentiment naturel de la crainte jusqu'au type le plus achevé de la peur neurasthénique, l'agoraphobie, il y a beaucoup de cas intermédiaires. Ce sont des formes légères, atténuées, de l'état anxieux, sur lesquelles il faut s'arrêter un instant, car elles nous aideront à interpréter les formes plus sévères et qui semblent toucher de si près à l'aliénation mentale. — Un homme, d'ailleurs fort intelligent, neurasthénique par excès de travail intellectuel avec vives préoccupations morales, ne peut se résoudre à jeter une lettre à la poste ; il la retourne et souvent la décachète, craignant de s'être trompé.— Beard raconte que beaucoup des neurasthéniques de sa clientèle arrivent jusqu'à la porte, s'en vont sans avoir le courage de sonner, et attendent des semaines avant de renouveler leur tentative. Il y a parmi ces malades des hommes d'une haute situation, placés à la tête de grandes affaires commerciales. — Ailleurs, le premier indice est l'exagération du sentiment de la responsabilité, poussée quelquefois jusqu'à produire un état habituel d'inquiétude, même d'anxiété. Un grand prédicateur, dont parle Beard,

redoutait beaucoup moins de faire un long sermon que d'entendre une confession ; il était alors dans un état de pénible inquiétude, craignant que son pénitent ne lui confie quelque secret. — Un de mes malades, vieillard de soixante-dix ans, a souffert toute sa vie de la même bizarrerie ; il a le plus grand désir d'aller voir son frère qui habite une ville éloignée, mais, chaque fois qu'il arrive à la gare, il éprouve un tel malaise qu'il rentre précipitamment chez lui ; il a peur de tomber malade et d'être privé de secours en route. — La peur des orages, des éclairs, du tonnerre est encore un sentiment naturel. Elle est très prononcée chez certaines femmes impressionnables, et sur ce point quelques hommes sont de véritables femmes nerveuses. Cette peur, chez le neurasthénique, devient vraiment maladive ; elle s'accompagne d'un état d'angoisse fort pénible. Beard l'a décrite sous le nom d'*astraphobie*. Il en rapporte plusieurs exemples. La plupart de ces malades sont des femmes. A l'approche d'un orage, elles ferment portes et fenêtres et se plongent dans l'obscurité ; elles éprouvent de l'agitation, des malaises indéfinissables ; elles ont des nausées, des vomissements, de la diarrhée, parfois des crampes, et ce sont là, en effet, les manifestations extérieures les plus communes et les plus caractéristiques de l'état anxieux. — La peur des hauteurs est un autre sentiment naturel qui, par de curieuses transitions, peut devenir également pathologique. Un de mes malades en est un exemple. Chez lui, l'angoisse s'accroît avec le nombre des étages. Il n'éprouve pas grand malaise au premier étage, mais, au quatrième, telle est son anxiété, qu'il ne peut s'approcher de la fenêtre sans être pris d'une peur terrible d'être précipité dans le vide.

Le caractère commun de tous les états d'anxiété neuras-

thénique, c'est le développement soudain d'une angoisse plus ou moins prononcée, et qui d'ailleurs, à un certain degré, se manifeste toujours par des signes extérieurs très appréciables, dès que le patient se trouve dans une certaine situation ou en présence d'un certain objet, la cause de l'accès d'anxiété étant en général toujours la même pour le même malade. Son état est parfois lamentable ; il pâlit, le pouls et la respiration s'accélèrent, la tête tourne, une sueur froide apparaît à la face et aux extrémités, les jambes tremblent et fléchissent, puis survient un état nauséeux très pénible, souvent accompagné de crampes stomacales. La voix est entrecoupée par des inspirations profondes et difficiles. Les pupilles sont souvent dilatées, parfois inégales. Il existe une sensation d'oppression au creux épigastrique. La sensation de dérobement des jambes, d'anéantissement de toutes les forces, peut être poussée si loin, que le patient, affreusement tourmenté, est incapable de faire un pas en avant, que son trouble ne peut être dominé par le plus grand effort de sa volonté et qu'il est irrésistiblement entraîné à se soustraire à l'objet de sa crainte. Si l'accès se prolonge, il aggrave les troubles digestifs, provoque l'anorexie, la constipation ou la diarrhée nerveuse, et augmente encore l'insomnie si commune chez la plupart des neurasthéniques. L'accès est plus intense s'il survient pendant la nuit, ou bien si le patient prolonge la lutte et fait des efforts persévérants de volonté pour surmonter ses sensations pénibles. Dans certains cas, il suffit, pour faire apparaître les premiers symptômes de l'accès, que le malade fixe son attention avec quelque insistance sur le souvenir d'une crise antérieure, ou se représente par la pensée les conditions dans lesquelles il est habituellement frappé.

Il faut encore insister sur ce point, à savoir que l'accès, du moins s'il atteint un certain degré, ne se compose pas seulement de sensations subjectives pénibles, mais aussi de phénomènes objectifs très appréciables, qui s'aggravent si l'accès se prolonge, parmi lesquels dominent les troubles gastro-intestinaux et circulatoires, et qui peuvent aller jusqu'au vomissement et à la syncope. C'est un témoignage extérieur et irrécusable du retentissement considérable que peuvent avoir des troubles exclusivement psychiques sur l'innervation des centres bulbaires et sympathiques qui président aux fonctions de la vie organique.

Remarquons encore l'affaiblissement extrême de la volonté et le caractère irrésistible de l'impulsion qui porte le patient à se soustraire à l'objet de sa crainte. Cependant la conscience subsiste entière, et la preuve, comme le fait remarquer M. Ritti[1], c'est que le plus souvent les malades luttent très énergiquement contre leurs craintes exagérées, se raisonnent, se blâment, s'adressent à eux-mêmes d'énergiques encouragements. Il est assez curieux que des hommes, même intelligents, ne donnent que des renseignements vagues et incomplets sur la cause intime de l'état anxieux et des sensations si pénibles qu'ils éprouvent pendant leurs accès. Un de mes malades, atteint d'agoraphobie, me fait toujours à peu près la même réponse : c'est plus fort que moi, dès que j'essaie de traverser une place, je suis pris de ce malaise si pénible que je vous ai décrit, et je ne puis dire exactement ni pourquoi ni comment.

Westphal[2] a, le premier, décrit l'*agoraphobie*. Depuis les observations en sont devenues nombreuses. Elle paraît

[1] Ritti, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 4e série, t. III, p. 313.

[2] Westphal, *Archiv für Psychiatrie*, 1872.

plus commune chez l'homme que chez la femme. Elle peut débuter brusquement ou progressivement. A la vue d'une place, d'une rue, d'un espace libre à franchir, le patient est pris de cet état d'angoisse que j'ai décrit. Dans quelques cas, le bras d'un compagnon, l'appui d'une canne, la présence d'une voiture qu'il peut suivre, le rassure et lui permet de franchir, tant bien que mal, l'espace qui s'étend sous ses yeux. Mais souvent aussi rien ne peut calmer l'angoisse, et le patient refuse absolument de faire un pas, même au bras d'un compagnon de route.

Chez le malade auquel j'ai fait allusion, l'agoraphobie débuta brusquement, pendant une partie de campagne. Rentré chez lui, il put cependant reprendre ses occupations, mais bientôt l'angoisse reparut. Il put d'abord y résister dans une certaine mesure; peu à peu, cependant, il dut restreindre le cercle de ses excursions. Ce fut d'abord un pont qu'il ne put franchir; ensuite il ne put dépasser le bout de la rue qu'il habite; puis il lui fut impossible de traverser cette même rue. Un peu plus tard, il ne pouvait plus se rendre dans la cour de sa maison, et, finalement, au moment où je le vis, il en était arrivé à redouter de ne pouvoir descendre du premier étage au rez-de-chaussée. On a dit que la crise d'angoisse est plus prononcée à jeun qu'après le repas, et que l'usage d'une boisson stimulante peut l'atténuer et la dissiper. Chez mon malade, tous ces moyens sont insuffisants. Le meilleur traitement paraît être le traitement général de l'épuisement nerveux, singulièrement aidé, comme l'a montré Perroud[1], par une sorte de suggestion à l'état de veille, continue, persévérante, grâce à laquelle le médecin refait cette partie de l'éduca-

[1] Perroud, *Lyon médical*, 1873, n° 11.

tion du patient, lui persuade qu'il sera bientôt capable de dépasser de plus en plus la limite de ses excursions, et le guide, l'entraîne, comme on guide l'enfant qui apprend à marcher.

Beard a fait remarquer que l'agoraphobie ou peur des espaces, telle que l'a décrite Westphal, n'est qu'une espèce dans un genre plus complexe pour lequel il propose le terme plus général de *topophobie*. Il rapporte, en effet, plusieurs cas dans lesquels la peur de l'espace prend des formes singulières et doit être distinguée de l'agoraphobie. Une femme fut atteinte des premiers symptômes de sa maladie dans une église ; depuis, il lui est absolument impossible d'entrer dans cette église. Un industriel, pour le même motif, ne pouvait se résoudre à pénétrer dans son usine, et il eut cette peur maladive jusqu'à complète guérison de son état neurasthénique. Quatre clients de Beard sont incapables de traverser le pont de Brooklyn. Un autre est dans l'impossibilité de passer par la cinquième avenue, parce qu'il n'y a pas là de magasins où il puisse se réfugier. Un médecin ne peut faire en ligne droite qu'un court trajet, et il refuse d'aller visiter un client qui habite à un demi-mille de chez lui. Un lithographe a la peur d'entrer dans un atelier de lithographie. Il fait de prodigieux efforts pour y pénétrer, jusqu'à marcher à reculons, mais en vain, toutes ses tentatives restent sans succès. Il peut très bien aller de New-York à Cincinnati où il a trouvé du travail ; mais, dès qu'il arrive en vue de la maison où il doit travailler, il est cloué sur place, obligé de rebrousser chemin et de retourner à New-York.

La *claustrophobie*, ainsi nommée par M. Ball, est une autre espèce de la topophobie. C'est la peur des espaces étroits et resserrés. Un malade de Beard, jeune homme de

vingt ans, était pris de malaises et de sensations vertigineuses, dès qu'il se trouvait dans une petite chambre. En été, il couchait en plein air. En hiver, il lui fallait, pour dormir, une très grande pièce et très aérée. Il dût abandonner la ville pour la campagne et s'occuper d'agriculture.

L'*anthropophobie* est un genre de l'anxiété neurasthénique distinct de la topophobie. C'est la peur des foules, des réunions, des hommes, et, à un degré de plus, même de l'homme. Le patient ne peut plus aller au théâtre, à l'église, sur les places publiques, non par peur de l'espace, mais parce qu'il redoute d'y rencontrer ses semblables. S'il peut encore aller au théâtre, il n'y passe que quelques heures et se tient toujours près d'une porte de sortie. Dans la rue, il n'ose lever les yeux, dans la crainte de croiser le regard d'un passant. Il en arrive à ne plus sortir, à rester chez lui et même à renoncer à ses occupations professionnelles.

La *monophobie*, l'inverse de l'anthropophobie, est la peur de la solitude. Cette forme de l'anxiété neurasthénique est bien, elle aussi, l'exagération pathologique d'un sentiment naturel et très commun dans les premières années de la vie. Un de mes malades, jeune officier fort intelligent et qui a donné des preuves de bravoure, ne peut rester seul pendant la nuit et oblige son ordonnance à coucher dans sa chambre. Un malade de Beard payait un domestique dont la fonction était de l'accompagner partout.

La *pathophobie*, autre forme de l'anxiété neurasthénique, doit être distinguée des diverses formes de l'hypocondrie. L'hypocondriaque vésanique se croit fermement atteint d'une certaine maladie, et sur cette idée fausse il systématise un véritable délire. Il n'a pas conscience de son état mental et il ne peut être en aucune façon con-

vaincu de l'inanité de sa crainte. Le neurasthénique a, lui aussi, des préoccupations hypocondriaques ; elles naissent des troubles fonctionnels engendrés chez lui par l'épuisement nerveux. Mais il a conscience de son état, est accessible au raisonnement et peut être rassuré, du moins pour un certain temps. Est-il atteint de pathophobie, c'est autre chose. Il a peur d'une maladie qui peut bien être sans aucun rapport avec ses souffrances habituelles, d'une maladie contagieuse, épidémique, infectieuse, et, de plus, cette crainte s'élève à certains moments jusqu'à l'anxiété véritable.

Dans la *phobophobie*, le patient redoute à chaque instant de rencontrer l'objet qui, chez lui, provoque l'accès anxieux. Suivant l'expression de Legrand du Saulle, il a peur d'avoir peur. A un degré plus, c'est la *pantophobie*, la peur de tout. Tout est prétexte et cause de l'état anxieux. Le patient en est réduit à l'inactivité complète. Il redoute de dire ou de faire quoi que ce soit, de crainte d'engager sa responsabilité.

Sous le nom de *sidérodromophobie*, Riegler[1] a signalé un état mental particulier, observé chez des conducteurs de locomotive. La trépidation continuelle à laquelle ils sont soumis entretient dans leurs centres nerveux une certaine irritabilité, laquelle constitue une réelle prédisposition aux affections nerveuses. Survienne un accident de chemin de fer, ils sont plus exposés que les autres à l'hystéro-neurasthénie traumatique. Ils peuvent présenter alors, associée à d'autres symptômes de cette névrose, une extraordinaire aversion pour leurs occupations professionnelles, à tel point que le bruit ou la vue d'un train les jette dans une véritable anxiété.

[1] Riegler, *Berlin. klin. Wochens.*, 1879, p. 259.

J'ai emprunté à Beard la description des principales formes de l'anxiété neurasthénique et les termes qui servent à les désigner. Beard signale d'autres formes encore. Il est même probable que la liste n'est pas définitivement close, et que, à mesure qu'on connaîtra mieux l'histoire de la neurasthénie, on y trouvera des formes nouvelles de la peur anxieuse, car les conditions les plus diverses de la vie sociale peuvent vraisemblablement devenir, chez l'homme atteint d'épuisement nerveux, l'origine de ces singuliers troubles des fonctions cérébrales.

Ainsi, il y a quelques années, j'ai rencontré une forme étrange de l'anxiété neurasthénique, qu'on pourrait désigner du nom de *stasophobie* ou peur de la station verticale. Il s'agit d'une femme qui, entre autres symptômes neurasthéniques, ne peut quitter la situation horizontale. Depuis fort longtemps elle reste au lit, étendue sur le dos, déclarant qu'elle ne peut absolument pas se tenir debout. Elle ne présente aucune trace de paralysie ou d'une affection organique quelconque des centres nerveux. Je voulus la faire lever. A peine debout, elle fut prise d'un état d'angoisse effrayant, avec oppression, palpitations, pâleur de la face, et il fallut promptement la remettre au lit. Cet état ressemble sans doute à l'abasie et à l'astasie hystériques, récemment décrites par M. Charcot et ses élèves[1]; mais il en diffère cependant par l'apparition de cette angoisse extrême, dès que la patiente est mise sur ses pieds. Dans aucune des observations qui forment la base du travail de M. Blocq, et que j'ai lues très attentivement, il n'est question de cet état anxieux avec troubles inquiétants de la

[1] Paul Blocq, Sur une affection caractérisée par l'astasie et l'abasie (*Archives de neurologie*, 1888, n° 43 et 44).

circulation et qui est si caractéristique dans l'histoire de ma malade.

J'ai vu un second cas de cette peur de la station verticale, encore chez une femme neurasthénique. Elle était au lit depuis plus d'un an. Celle-là ne pouvait même pas s'asseoir sur son lit. Elle était prise d'une sorte de terreur dès qu'on voulait la mettre sur son séant. Elle fut soumise au traitement systématique de M. Weir Mitchell. Elle guérit au bout de six mois. Mais il fallut beaucoup de temps et de patience pour arriver à la faire passer du décubitus horizontal à la station assise.

J'ai cru longtemps que les faits de ce genre n'avaient pas encore été signalés. Or il n'en est rien. Sous le nom d'atrémie, un médecin américain, M. Neftel[1] a décrit un état nerveux tout à fait comparable au syndrome que j'ai moi-même observé chez mes deux malades. L'auteur déclare avoir rencontré un certain nombre de cas semblables; tantôt l'atrémie existait seule, tantôt elle était associée à l'hystérie ou à des affections utéro-ovariennes. Des quatre observations que rapporte M. Neftel dans son mémoire, la première me paraît être la plus digne d'intérêt. Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, mariée, sans enfant, dont l'utérus n'est pas malade et qui ne présente aucun symptôme hystérique. Elle a des antédédents héréditaires névropathiques. « Depuis six ans elle reste au lit, ne pouvant ni marcher, ni se tenir debout, ni même rester assise, bien qu'elle n'ait aucune paralysie véritable. Elle est toujours étendue parce que le moindre effort pour marcher, se tenir debout ou même s'asseoir, provoque le développement d'un état très pénible; alors elle est prise de défail-

[1] Neftel, *Virchow's Archiv*, XCI, 3, p. 464, 1883.

lances, de nausées, de dyspnée subjective, de malaises dans la tête, dans le dos, dans la région épigastrique, et même de diarrhée. Elle affirme que tout cela n'est pas le vertige, et elle décrit et localise avec ses doigts les sensations particulières de vibration, de trépidation qui s'irradient de la tête au dos, à l'épigastre et jusque dans les orteils. » C'est une femme intelligente et instruite ; elle n'est point hystérique, et, ajoute M. Neftel, elle ne cherche nullement à se rendre intéressante. Son état lui est très pénible et elle souhaiterait fort d'en être débarrassée. Il n'y a aucun signe d'une affection organique quelconque. Mais on retrouve dans cette longue observation une foule de traits qui appartiennent sans conteste au tableau clinique de la neurasthénie, tels que l'extrême sensibilité des yeux à la lumière, les bruits dans les oreilles, les sensations de vide ou de constriction de la tête qui n'est jamais libre, les hypéresthésies locales qui parfois s'étendent à toute la surface du tégument, l'impossibilité de lire, l'aggravation de tous les malaises pendant la digestion, à ce point que, après avoir mangé, la patiente est obligée de rester les yeux fermés, immobile, dans le calme et le silence le plus complet. Un autre détail n'est pas moins caractéristique ; si son médecin lui inspire quelque confiance, la malade est intarissable dans le récit de ces souffrances. Chez cette femme, l'atrémie, qui date de loin, procède par accès en général de très longue durée, dans l'intervalle desquels la santé physique et morale paraît se rétablir entièrement. Un accès a cessé spontanément et brusquement ; un autre a cédé très lentement et probablement sous l'influence du traitement. — M. Neftel incline à penser qu'il s'agit là d'une sorte de vésanie hypocondriaque. Cette interprétation ne me paraît pas acceptable. Cette femme a parfaite-

ment conscience de son état, elle n'est point vésanique et elle n'est pas davantage hypocondriaque, au sens exact du mot. Elle présente, au contraire, des symptômes non douteux de neurasthénie, et toutes ces sensations, tous ces troubles nerveux qui apparaissent soudain au moindre effort pour se lever, marcher et même s'asseoir, rappellent avec une incontestable analogie, le tableau de l'accès d'anxiété neurasthénique.

Sans doute la neurasthénie cérébrale a des symptômes, l'état anxieux par exemple, qui, lorsqu'ils sont poussés à un certain degré, semblent toucher de bien près à l'aliénation mentale. On sait que l'agoraphobie de Westphal a été considérée comme une folie. Elle a été classée dans le groupe des folies avec conscience, a côté de l'hypocondrie morale avec idées de suicide, des impulsions homicides avec conscience, de la folie du doute avec délire du toucher. Cette interprétation peut paraître légitime si l'on considère l'agoraphobie toute seule et dans ses formes intenses. Mais la peur des espaces est un genre dans lequel il y a, nous l'avons vu précédemment, des espèces où le trouble psychique est beaucoup moins accusé, bien que le caractère d'anxiété y subsiste toujours à un certain degré. De plus, ces diverses espèces de la topophobie de Beard se rattachent par une étroite parenté à d'autres états psychiques analogues, parmi lesquels nous trouvons la peur des hauteurs, celle des orages, et nous pouvons ainsi, en allant des formes les plus intenses aux plus légères, descendre jusqu'à la simple exagération du sentiment naturel de la crainte. Aussi, avec Beard et M. Ziemssen, j'incline à penser que tous ces états d'anxiété, et même l'agoraphobie, appartiennent bien plus à la neurasthénie qu'à la folie, même à la folie avec conscience. Beard fait

observer avec raison que ces états ne s'accompagnent jamais d'hallucinations. Même quand ils paraissent dominer le tableau clinique, ils sont toujours associés à d'autres symptômes de la neurasthénie.

Dans cette série de peurs anxieuses d'intensité croissante, nous avons la preuve d'un affaiblissement de plus en plus marqué de la force nerveuse, surtout de la volonté et de la faculté de résistance aux sensations et aux impressions morales. Les sensations pénibles qui procèdent du sentiment naturel de la crainte, depuis longtemps éteintes dans le cerveau de l'homme adulte et sain, revivent soudainement ou progressivement dans le cerveau du neurasthénique. La cause de cette reviviscence réside précisément dans cet épuisement et cette irritabilité excessive de la force nerveuse qui caractérisent la neurasthénie. Les résultats acquis par l'éducation et l'exercice de la volonté s'évanouissent plus ou moins complètement, si bien que le patient est, du moins sous ce rapport, comparable à l'enfant, chez lequel peut si facilement s'exagérer le sentiment de la crainte. De plus, le cerveau du neurasthénique est très accessible à la suggestion, même à l'autosuggestion. Le terrain est tout préparé. L'occasion est aisément fournie par une impression morale plus vive, un accident, un des hasards de la vie. Alors naît et grandit l'idée de l'impuissance radicale à exécuter un acte déterminé, à se soustraire à un péril probable, à surmonter un obstacle quelconque. Dès qu'elle est évoquée par un certain objet ou par une certaine situation, l'idée règne en maîtresse dans un cerveau si prompt à la suggestion et si peu capable de résistance. De là, la peur, l'état d'anxiété et les troubles des fonctions organiques qui en sont la manifestation extérieure.

L'anxiété neurasthénique est commune, du moins si l'on tient compte des formes atténuées. Depuis que mon attention a été attirée sur ce point, j'ai constaté des accès de peur anxieuse, légers ou intenses, légers le plus souvent, chez la plupart des malades soumis à mon observation. Le symptôme est particulièrement fréquent dans deux formes de l'épuisement nerveux, l'hystéro-neurasthénie traumatique et la neurasthénie génitale. Au point de vue du diagnostic, l'état anxieux a une valeur réelle ; il n'appartient pas aux affections organiques, on ne le rencontre que dans les affections purement fonctionnelles du système nerveux.

IV. IDIOSYNCRASIES

Le système nerveux des neurasthéniques paraît réagir d'une façon toute spéciale sous l'influence de certains médicaments ou de certains agents physiques. Ces idiosyncrasies ont été signalées surtout par Beard, auteur américain, beaucoup moins par les observateurs qui, en France, en Allemagne et en Angleterre, ont écrit sur l'épuisement nerveux. J'ai cependant rencontré un homme neurasthénique chez lequel des doses même très faibles de médicaments produisaient, du moins au dire du malade lui-même, de véritables effets toxiques. Du reste l'intolérance et l'idiosyncrasie sont fort souvent moins réelles que purement imaginaires. Avec la plus entière bonne foi, le patient répète que depuis des années il ne peut supporter tel médicament ou tel aliment, et cependant, soit à son insu, soit par un grand effort de sa volonté, il ingère l'un et l'autre sans qu'il en résulte aucun inconvénient.

D'après Beard, l'opium provoquerait plutôt l'excitation

que l'apaisement du système nerveux neurasthénique, à moins que la dose ne soit très forte; il empêcherait le sommeil presque aussi sûrement que le café. — Certains patients ressentent très vivement les effets de l'alcool dont la plus faible dose produit des symptômes d'ébriété ; d'autres, au contaire, en supportent impunément de grandes quantités, et ils paraissent même en éprouver un réel soulagement de leurs souffrances ; aussi sont-ils de la sorte facilement conduits à la dipsomanie et quelquefois à l'intoxication alcoolique. — Beard attribue au café une action fâcheuse sur le système nerveux des neurasthéniques ; pris à jeun, il ferait obstacle au travail intellectuel, loin de donner plus de vivacité aux fonctions du cerveau. Le thé agirait de la même façon défavorable. — D'autres patients ont une intolérance plus ou moins prononcée à l'égard de la lumière solaire, des poussières, de certaines odeurs, de certains fruits, de certaines plantes ou substances médicamenteuses. Ce sont là, pour cette catégorie de malades, tout autant de causes très efficaces de cette singulière affection qu'on désigne du nom de fièvre des foins, et qui paraît, en effet, bien plus fréquente chez les neurasthéniques. — Beard cite encore des exemples d'intolérance curieuse à l'égard du froid et de la chaleur. Un patient ne peut plonger ses mains dans l'eau tiède, un autre dans l'eau froide, sans qu'il s'y produise de la rougeur et de l'œdème.

Dans beaucoup d'affections du système nerveux, certains symptômes, et particulièrement les douleurs, prennent une plus grande intensité au moment des temps orageux, lorsque vient à baisser la pression barométrique. Il en est tout à fait de même chez les neurasthéniques. Tous leurs malaises s'aggravent par le mauvais temps, et

surtout l'abattement, la dépression morale, l'émotivité, la céphalalgie et les sensations douloureuses des membres inférieurs. Parfois même cette aggravation des troubles nerveux précède le mauvais temps de quelques heures ou de quelques jours, ce qui fait ressembler les patients à de véritables baromètres. En général, les neurasthéniques résistent mal aux variations de la température. Ils supportent mal le grand froid et la grande chaleur. Aussi les climats tempérés sont-ils pour eux bien préférables.

V. TROUBLES DES ORGANES DES SENS

Tous les sens peuvent être intéressés, et particulièrement la vue et l'ouïe. Les organes sont intacts, et cependant les troubles fonctionnels peuvent être tels, qu'ils jettent une réelle pertubation dans l'existence des malades qui en sont atteints.

Troubles de la vision. — Beard a signalé la congestion de la conjonctive. Je l'ai observée chez quelques-uns de mes malades. Il s'agit d'une fluxion légère et mobile, quelquefois accompagnée d'un peu d'œdème des paupières. Cette congestion apparaît le matin, au réveil, ne dure que quelques heures et cesse au milieu de la journée. Beard compare cet état de la conjonctive à l'injection oculaire que présentent si souvent les buveurs pendant l'accès d'ébriété.

Une malade de M. Ziemssen accusait une sensation de pesanteur très pénible de la paupière supérieure. Chez une de mes malades, cette sensation n'existait qu'au moment des réveils de la nuit, mais elle était tellement prononcée, qu'il lui fallait quelques minutes d'efforts pour ouvrir

complètement les yeux. Une autre de mes malades, jeune fille de trente ans, souffre de céphalée, d'insommie, d'asthénie neuro-musculaire et d'atonie gastro-intestinale ; elle a de temps en temps des accès de parésie des paupières ; elle ouvre incomplètement les yeux qui paraissent plus petits, si bien qu'on a pu croire qu'elle était atteinte d'une paralysie véritable des releveurs de la paupière.

Les pupilles sont généralement un peu dilatées et réagissent un peu moins vivement à la lumière. Cette dilatation des pupilles, associée le plus souvent aux symptômes de dépression, est un bon signe des états neurasthéniques. D'après Beard, les pupilles présenteraient parfois des alternatives brusques de dilatation ou de resserrement, ou bien encore une inégalité légère et de courte durée. L'inégalité permanente devrait exclure l'idée d'une névrose, comme l'est la neurasthénie, et témoignerait plutôt de l'existence d'une lésion organique véritable. Cependant, M. Hirt[1] a vu cette inégalité des deux pupilles persister jusqu'à huit et dix mois chez des neurasthéniques qui ont complètement guéri. Quant au myosis permanent, il n'appartient pas à l'épuisement nerveux, et, quand on le rencontre associé à des troubles cérébraux ou spinaux, il y a lieu de suspecter une lésion des centres nerveux. — Ces modifications des pupilles ont une certaine valeur pronostique. Ainsi, la dilatation, quand elle existe, est plus durable et prononcée si l'état général des patients est mauvais ; s'il survient une réelle amélioration, elle diminue ou même disparaît entièrement.

Beard a étudié avec une minutieuse attention les moindres symptômes neurasthéniques ; il signale encore une

[1] Hirt, *Wiener med. Presse*, 1889, n° 36 et 37.

certaine expression de langueur du regard qui serait assez commune dans les formes invétérées de la neurasthénie avec prédominance des symptômes de dépression.

Beaucoup de neurasthéniques, même parmi ceux qui ne sont pas très sérieusement atteints, ont des mouches volantes devant les yeux. Quelques-uns s'en plaignent spontanément ; leur vision en est troublée, surtout quand ils lisent et travaillent avec une certaine application. Un de mes malades en était vraiment incommodé. En général, ce trouble de la vision est mobile et fugace ; il paraît et disparaît comme beaucoup d'autres symptômes du même genre. Mais il peut être tenace et durer des années. Les milieux transparents ne présentent aucune lésion ; il n'y a pas de corps flottants dans l'humeur vitrée. Il s'agit probablement de quelques troubles vaso-moteurs des artérioles rétiniennes, ou bien encore d'une hyperesthésie de la rétine qui donne plus de netteté et plus d'étendue à l'image des corps flottants physiologiques.

Dans l'épuisement nerveux, les troubles circulatoires sont très communs ; le système vaso-moteur est, comme nous l'avons remarqué déjà, dans un état habituel d'équilibre instable. De là les troubles de la circulation rétinienne. Il est vrai que chez beaucoup de neurasthéniques, l'examen ophtalmoscopique est tout à fait négatif. Dans quelques cas cependant, on réussit à constater des signes évidents de congestion ou d'anémie rétinienne. Chez une de mes malades, il arrive souvent que les veines rétiniennes apparaissent très dilatées et que le fond de l'œil ait une teinte rouge-bleuâtre ; chez une autre, qui présente une pâleur très marquée des extrémités, la papille est habituellement décolorée, et les vaisseaux rétiniens, artères et veines, sont réduits à un très petit calibre.

Asthénopie neurasthénique. — Le principal trouble oculaire est une faiblesse toute spéciale de la vision et qui mérite le nom d'asthénopie neurasthénique que lui ont donné les auteurs américains. Il s'agit, en effet, d'une asthénopie distincte des asthénopies que Donders a fait connaître. L'œil se fatigue très rapidement, si bien que le patient ne peut plus, au delà de quelques minutes, lire, écrire, se livrer à un travail qui nécessite une application un peu soutenue de la vue. Parfois il est obligé de restreindre ou même de cesser ses occupations professionnelles. Toute tentative pour travailler, tout effort de vision un peu prolongé, provoque une sensation de plus en plus pénible de tension douloureuse dans les globes oculaires, puis la vue se trouble et les objets deviennent confus. A ce moment, la pression des globes oculaires provoque de la douleur.

Le patient se croit atteint d'une affection grave des yeux. Il consulte un ophtalmologiste. Les milieux transparents et les membranes sont à l'état normal. S'il existe quelque trouble de la réfraction, myopie, hypermétropie, astigmatisme, ce trouble est aisément corrigé à l'aide de verres appropriés. Puis le patient est placé devant l'échelle destinée à mesurer le dégré de l'acuité visuelle. Pendant le temps très court que dure cette exploration, il peut aisément, et sans fatigue véritable, en lire très distinctement tous les caractères à la distance voulue. L'œil paraît sain et la vision normale. Rentré chez lui, le malheureux neurasthénique tente vainement de se remettre au travail. Au bout de quelques minutes, ce sont toujours les mêmes sensations de tension douloureuse dans les globes oculaires, bientôt suivies de la même confusion des images visuelles.

L'asthénopie neurasthénique est souvent tenace, rebelle à tout traitement, et fait le désespoir des malades qui en sont atteints. Elle se développe progressivement dans la majorité des cas ; la sensation de fatigue oculaire apparaît de plus en plus rapidement, et, quelques semaines ou quelques mois après le début, il est impossible de prolonger la lecture ou l'écriture au delà de quelques minutes. Cependant le trouble visuel peut aussi se montrer et cesser brusquement et procéder par accès plus ou moins longs, comme la plupart des symptômes neurasthéniques. La durée en est donc très variable, de quelques heures à plusieurs années. La forme continue est naturellement plus grave et plus tenace.

D'après M. Weir Mitchell, l'asthénopie neurasthénique, intermittente ou continue, serait toujours un signe pronostique fâcheux et l'indice d'une forme sévère de l'épuisement nerveux. « Je ne suis pas toujours satisfait, dit-il, lorsque l'ophtalmologiste me répond que le trouble oculaire est si léger qu'il ne rend pas une correction nécessaire. Je sais par expérience qu'un trouble visuel médiocre est un symptôme défavorable dans les cas où le cerveau est en cause et, pour me servir du langage des photographes, sensibilisé par la maladie. »

J'ai rencontré plusieurs fois l'asthénopie neurasthénique, et toujours chez des femmes dont l'asthénie neuro-musculaire était tellement prononcée, que, depuis des années, elles ne quittaient plus guère le décubitus horizontal. Mais ce symptôme n'appartient pas exclusivement à la neurasthénie féminine. Les auteurs américains l'ont observé chez des hommes adultes, nullement anémiques, d'apparence robuste, et dont l'épuisement nerveux était dû au surmenage intense et prolongé du corps et de l'esprit. Un ophtalmologiste

anglais, M. Collins[1], qui a étudié l'asthénopie neurasthénique, l'a rencontrée dans les deux sexes. Hommes et femmes appartenaient tous à la catégorie des gens surmenés. « Ils ont été surmenés, dit-il, mentalement ou physiquement, souvent des deux façons à la fois. Le travail exagéré, les soucis de la vie, les veilles prolongées par le travail ou le plaisir, telles sont les causes qui, si elles ne l'ont pas seules provoqué, ont du moins aggravé le trouble de la vision. » Beard déclare que c'est chez des hommes qu'il a rencontré les cas les plus graves, bien que l'affection soit cependant plus commune chez les femmes neurasthéniques.

L'œil est sain, ou du moins peut être s'ain; il s'agit donc d'un trouble purement fonctionnel. Les spasmes et les dilatations des vaisseaux de la rétine ne suffisent pas à l'expliquer. Beard a constaté l'hyperhémie veineuse du fond de l'œil pendant un accès d'asthénopie; il conclut cependant à l'existence d'une sorte d'irritabilité de la rétine, et il compare cet état de l'œil à ces névralgies viscérales connues sous les noms de mamelle, ovaire et testicule irritables. Il y aurait aussi un œil irritable. Cette interprétation est une hypothèse ingénieuse, mais il est difficile d'en donner la démonstration.

M. Collins propose une autre explication. L'asthénopie neurasthénique serait due à un état parétique du muscle de l'accommodation, de même nature que l'asthénie neuromusculaire qui est un des symptômes les plus communs et les plus caractéristiques de la neurasthénie. De là la fatigue précoce des yeux, dès que le patient fait un effort de vision. Le muscle de l'accommodation, rapidement

[1] Collins, *Royal London ophthalm. hosp. Rep.*, XII, p. 4.

épuisé, est incapable de soutenir une contraction un peu prolongée. M. Collins donne d'ailleurs des preuves à l'appui de son hypothèse. Toutes les anomalies de réfraction ayant été préalablement corrigées à l'aide de verres convenables, l'application au devant de l'œil d'un verre concave peut permettre de mesurer l'amplitude de l'accommodation. Landolt a montré que le plus fort verre concave, à travers lequel un œil emmétrope peut voir distinctement à une grande distance, mesure la force d'accomodation de cet œil. C'est, en effet, la contraction des muscles de l'accommodation qui neutralise la divergence des rayons lumineux produite par l'interposition du verre concave. La puissance de cette contraction, tout en restant physiologique, varie suivant les âges. De ces prémisses, M. Collins tire cette conclusion : « Si, après avoir corrigé les troubles de la réfraction, la puissance de l'accommodation tombe au-dessous de celle qui est en rapport avec l'âge du sujet, nous avons affaire à une parésie du muscle ciliaire, indépendante de la presbytie et de l'hypermétropie latente ou manifeste. » M. Collins cite plusieurs observations de neurasthéniques, chez lesquels il a pu de la sorte mettre en évidence la parésie du muscle ciliaire. Des parésies analogues de l'accommodation ont été signalées pendant l'état puerpéral et la lactation, à la suite de certaines maladies infectieuses, et particulièrement de la diphtérie.

M. Collins propose un traitement de l'asthénopie neurasthénique basé sur l'interprétation qu'il en a donnée. C'est d'abord le traitement général de la neurasthénie, et, dans les cas graves, le traitement systématique de M. Weir Mitchell. Lorsque l'état du patient commence à s'améliorer, il permet le travail ou la lecture pendant un

temps chaque jour rigoureusement limité et avec des verres convexes de plus en plus faibles. Il emploie également quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine. Un peu plus tard, il cherche à stimuler la contraction du muscle ciliaire, il le soumet à une sorte de gymnastique en recouvrant l'œil de verres concaves, d'abord très faibles, puis de plus en plus forts. Il reconnaît d'ailleurs que ce traitement reste souvent inefficace.

M. Westphal[1] a signalé, parmi les troubles oculaires de la neurasthénie, le *rétrécissement du champ visuel*. D'après M. Charcot, ce rétrécissement apparaît surtout au moment des accès de vertige; il est transitoire, de courte durée, non permanent comme l'est celui qu'on observe si souvent chez les hystériques. M. Pitres[2] a noté dans un cas, chez un homme de vingt-neuf ans, le rétrécissement concentrique du champ visuel des deux yeux. J'ai recherché ce signe plusieurs fois et je n'ai jamais pu le constater. Il est vrai que je n'ai pas fait cette recherche au moment d'un accès vertigineux.

Troubles de l'ouïe. — L'appareil auditif peut devenir irritable au même degré que celui de la vision, et il y a des accès d'hyperesthésie auditive comparables à ceux de l'asthénopie nerveuse, avec lesquels ils peuvent d'ailleurs coexister ou alterner. Chez quelques neurasthéniques, particulièrement chez des femmes, l'ouïe est douée d'une sensibilité vraiment maladive. Elles perçoivent avec netteté des bruits insignifiants et qui échappent absolument à des oreilles possédant une acuité auditive normale. Les mille bruits de la rue et de la maison deviennent parfois

[1] Cité par M. Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 32.
[2] Pitres, *Echo médical de Toulouse*, 1888.

tout à fait insupportables et sont une véritable cause de tourment. On voit ces patients fuir dans les quartiers les plus solitaires, ou bien s'enfermer dans la chambre la plus reculée de leur appartement et en défendre l'entrée. M. Krishaber[1] a bien décrit cette excitabilité maladive des sens, et particulièrement de l'ouïe, dans sa monographie de ce qu'il appelle la *névrose cérébro-cardiaque*, névrose qui n'est pas autre chose qu'une des formes de la neurasthénie, une des nombreuses associations des symptômes de l'épuisement nerveux.

Des sensations auditives naissent spontanément, sans aucune incitation extérieure; les malades entendent les bruits les plus divers, sifflements, bourdonnements, tintements, bruits comparables à ceux de l'otite moyenne sclérreuse, sans que l'examen de l'appareil auditif y révèle aucune altération. Les bruits de battements, de pulsations sont les plus communs; ils sont synchrones aux battements du cœur et des vaisseaux, et dus, en effet, aux pulsations des artères voisines de l'oreille. Ces bruits sont plus intenses et plus pénibles pendant la nuit, ou bien encore lorsque le malade se livre à un exercice musculaire un peu pénible, ou s'applique à un travail intellectuel. Dans quelques cas, les patients se plaignent d'entendre tout à coup un bruit éclatant, très bref, comme une détonation, soit pendant le travail, soit au moment de s'endormir.

Ces troubles auditifs sont sans doute imputables à une hyperesthésie du nerf acoustique; ils sont mobiles, variables, quelquefois cependant très tenaces; ils alternent aussi avec les autres symptômes de l'épuisement nerveux.

[1] Krishaber, article NÉVROPATHIE CÉRÉBRO-CARDIAQUE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Troubles du goût et de l'odorat. — Il existe des perversions analogues de l'odorat et du goût.

Les bizarreries de la sensibilité gustative sont bien connues : un malade trouve que tous ses aliments sont sans aucun goût; un autre élimine de son alimentation une foule de substances dont le goût lui inspire une vive répulsion ; un jeune homme, épuisé par l'excès du travail intellectuel, se refuse absolument à manger du pain.

Il en est de même de l'odorat. J'ai connu une jeune fille, neurasthénique à la suite de chagrins prolongés, chez laquelle l'odorat avait acquis une extraordinaire sensibilité. De sa chambre, située à l'une des extrémités de son appartement, elle sentait et distinguait très exactement toutes les odeurs de la cuisine située à l'autre extrémité, à ce point que, à l'heure du repas, elle pouvait nommer la plupart des mets qu'on allait servir.

Des susceptibilités plus ou moins étranges du goût et de l'odorat ne sont pas très rares chez des gens dont le système nerveux n'est pas affaibli; mais elles sont bien plus communes et plus prononcées chez les véritables neurasthéniques.

VI. TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE

Les troubles de la sensibilité générale sont parmi les plus constants des symptômes de la neurasthénie. J'ai déjà décrit la rachialgie, les irradiations douloureuses et les hyperesthésies locales qui en sont le cortège habituel.

L'*anesthésie* vraie, superficielle ou profonde, n'appartient pas à la neurasthésie, si ce n'est cependant à certaines périodes de la neurasthénie génitale où elle occupe

le pénis, le scrotum et le périnée. Il est vrai que l'anesthésie se rencontre souvent et peut même être très marquée dans l'hystéro-neurasthénie, et particulièrement dans la forme traumatique de cette névrose mixte. Elle intéresse alors une région limitée, une extrémité par exemple, ou toute une moitié du corps, ou encore certaines muqueuses, telles que le pharynx et la conjonctive. Dans les cas de ce genre, l'anesthésie relève de l'hystérie, non de la neurasthénie.

Dans l'épuisement nerveux pur, non combiné à l'hystérie, il n'y a jamais que des diminutions légères et passagères de la sensibilité générale. Ce sont des sensations d'engourdissement dans une main, un pied, un bras ou une jambe. Il est rare que ces sensations s'étendent à une plus grande surface du tégument.

Les symptômes de la compression des troncs nerveux superficiels apparaissent plus vite, sont plus prononcés et durent un peu plus longtemps chez les neurasthéniques qu'à l'état normal. Ainsi Beard a vu que la compression du cubitus derrière le coude produit plus facilement le fourmillement des deux derniers doigts et la parésie des muscles de la main. Il en est de même de la compression du tronc du nerf sciatique.

Si l'anesthésie fait défaut, l'*hyperesthésie* est, au contraire, très commune. Elle est très mobile et variable ; elle se déplace d'un point à un autre du tégument. La piqûre, le pincement, le contact, le simple frôlement de la peau sont ressentis bien plus vivement qu'à l'état normal. Il en est de même des impressions de chaleur et de froid.

L'hyperesthésie peut être générale et s'étendre à tout le tégument, surtout au dos, aux régions latérales du tronc et aux extrémités des quatre membres. Il en est ainsi dans

cet état nerveux qu'on a décrit sous le nom de forme hyperesthésique de l'irritation spinale[1]. En réalité, il s'agit d'une forme spinale de la neurasthénie. D'ailleurs il est rare que cette irritabilité anormale des nerfs de la peau prenne une pareille extension.

Le plus souvent l'hyperesthésie est localisée. Beard a signalé celle du cuir chevelu, poussée à tel point, que le moindre attouchement des cheveux ne pouvait être supporté. — Quand elle occupe la région dorsale, elle rend parfois le décubitus horizontal douloureux, et les patients, des femmes le plus souvent, garnissent leur lit de petits coussins destinés à empêcher que le poids du corps ne porte sur les points hyperesthésiques. — Dans certains cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, la région du tégument frappé par le traumatisme est parfois le siège d'une vive hyperesthésie. — Beard a décrit une hyperesthésie intermittente des dents et des gencives. — Dans quelques cas, c'est le pied, et même seulement la plante du pied, qui est le siège de cette exagération de la sensibilité cutanée. La pression de la chaussure est intolérable et la marche devient momentanément difficile. — Ailleurs, l'hyperesthésie s'étend au voisinage d'une articulation, le cou, l'épaule, la hanche, et il en résulte une certaine gêne des mouvements. On croit alors à l'existence d'un rhumatisme musculaire ou articulaire, et l'on est peu disposé à admettre la nature purement nerveuse de cette affection locale. — L'hyperesthésie peut encore se localiser au niveau de certains organes, le testicule et la mamelle par exemple, et intéresser tout à la fois le tégument et les parties plus profondes. Le

[1] Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*, traduction française, Paris, 1878.

testicule et la mamelle irritables sont observés chez les neurasthéniques.

Une blessure très légère peut être la cause d'une douleur plus vive et de durée plus longue qu'à l'état normal.

Des *douleurs spontanées* naissent un peu partout et prennent des formes très variables. Quelques malades éprouvent soudain dans les extrémités des sensations de piqûre qu'ils comparent à des coups d'épingles, ou bien encore des douleurs lancinantes, mais très localisées et de durée très courte. Ces sensations et ces douleurs font penser à la goutte et presque toujours le patient est qualifié de goutteux. D'autres malades se plaignent d'une brûlure incommode et même douloureuse occupant l'extrémité des doigts ou des orteils. Certaines régions deviennent parfois le siège de vives démangeaisons qui procèdent par paroxysmes intenses. Telles sont les démangeaisons de l'aisselle, du cuir chevelu, du périnée, de la vulve.

Les neurasthéniques ont aussi des *douleurs névralgiques*. Elles se font sentir sur le trajet de la plupart des nerfs, particulièrement dans les espaces intercostaux et dans les membres inférieurs, quelquefois à la face. Elles sont mobiles, variables, de courte durée, le plus souvent d'intensité modérée, et doivent être distinguées des douleurs des véritables névralgies. Celles-ci sont plus fortes, plus exactement localisées au domaine d'un nerf sensitif et de durée plus longue. Il est assez exceptionnel qu'un neurasthénique soit atteint d'une vraie névralgie, par exemple d'une sciatique ou d'une névralgie du trijumeau. Il semble que cette modification dynamique que produit l'épuisement nerveux dans les noyaux d'origine des nerfs sensitifs, et dont procèdent ces douleurs d'apparence névralgique, reste toujours superficielle et fugace, et par là bien

différente du trouble fonctionnel de ces mêmes centres sensitifs qui engendre la névralgie véritable.

Les douleurs névralgiformes des jambes ont parfois une analogie très trompeuse avec celles de l'ataxie locomotrice. Ce sont des élancements, des fulgurations ou même des douleurs constrictives au niveau des jointures, quelquefois accompagnées de sensations de duvet ou de coton à la plante des pieds pendant la marche ou la station verticale. Ces douleurs sont généralement moins vives chez le neurasthénique que chez l'ataxique. Je reviendrai sur cette pseudo-ataxie, à propos du diagnostic de l'épuisement nerveux.

Chez quelques neurasthéniques, les douleurs névralgiformes sur le trajet des troncs nerveux sont fréquentes, reviennent par accès et présentent même une certaine intensité. Il semble que le trouble de l'innervation centrale porte particulièrement sur les origines des nerfs sensitifs. Ce sont les cas de ce genre que Valleix a décrits sous le nom de névralgie générale. En réalité, c'est encore la neurasthénie qui est en cause. A côté des douleurs névralgiques existent toujours d'autres symptômes neurasthéniques.

VII. TROUBLES MOTEURS

L'asthénie motrice ou asthénie neuro-musculaire a une telle valeur, qu'elle a pris place parmi les symptômes cardinaux, les stigmates de la neurasthénie. Elle est donc déjà décrite. Je rappelle qu'elle est habituellement continue, mais que, de temps en temps, spontanément ou sous l'influence d'un effort ou d'une émotion, elle s'exagère sous forme d'accès, durant lesquels le patient éprouve

une sensation d'anéantissement de toutes ses forces, et se trouve absolument incapable de toute activité physique. Que l'asthénie motrice soit continue ou intermittente, légère ou très prononcée, il est facile de la mettre en évidence à l'aide du dynamomètre. Ainsi, parmi les victimes de l'hystéro-neurasthénie traumatique, on rencontre des hommes jeunes, bien musclés, d'apparence vigoureuse, et dont les mains ne donnent qu'une force de pression de 40, 30 ou 20 kilogrammes, au lieu de la force de 70 à 80 kilogrammes que développe aisément la main d'un homme sain, du même âge, de la même taille et de la même musculature.

Il y aurait lieu d'étudier avec soin les caractères de la contraction musculaire à l'aide de la méthode graphique. Il est probable que, du moins dans les cas où l'asthénie motrice est très prononcée, le muscle neurasthénique doit se contracter à la façon du muscle fatigué. Peut-être l'exploration électrique donnerait-elle aussi quelques résultats.

M. Rumpf[1] a fait une tentative dans ce sens. Il s'est proposé de rechercher des signes objectifs qui permettent de résoudre plus facilement la question de la simulation dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. Il a vu que les muscles du patient frappé de cette névrose, et particulièrement les triceps fémoraux, présentent souvent des contractions fibrillaires sous l'influence du froid, de la fatigue, de l'effort, et surtout à la suite du passage d'un courant interrompu. Aussitôt après une séance de faradisation, des secousses fibrillaires et même des contractions cloniques de gros faisceaux musculaires se produiraient, non seulement dans les muscles directement excités par le cou-

[1] *Deutsche med. Wochens.*, 1890, p. 165.

rant, mais encore dans les muscles homologues du côté opposé. Enfin les muscles présenteraient une diminution quantitative de l'excitabilité galvanique, sans modification de l'excitabilité faradique. A cet ensemble de caractères M. Rumpf a donné le nom de réaction traumatique des muscles. Je rappelle que les malades qui ont fait l'objet des observations de M. Rumpf étaient atteints de névrose traumatique, c'est-à-dire d'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique. Il y aurait un intérêt réel à répéter ces expériences.

Les réflexes tendineux sont normaux ou à peu près normaux, un peu exagérés dans certains cas, un peu diminués dans d'autres cas, et surtout dans ceux où l'asthénie motrice est très prononcée et dure depuis longtemps. Il faut tenir pour suspecte l'exagération du réflexe rotulien allant jusqu'à s'accompagner de clonus du pied. La disparition complète du réflexe rotulien est plus suspecte encore que l'exagération très prononcée ; elle est probablement l'indice d'une affection organique de la moelle épinière ou des nerfs périphériques.

Des symptômes d'excitation passagère de la motilité existent aussi dans l'état neurasthénique. A la suite d'une veille ou d'une marche prolongée, il arrive parfois qu'un homme tout à fait bien portant et qui ne présente aucun trouble nerveux, est pris, au moment de s'endormir, de secousses musculaires très brusques et très brèves dans les membres inférieurs, et qui le réveillent soudainement. Or des secousses musculaires de ce genre sont très communes chez les neurasthéniques. Le patient peut également ressentir, dans les mêmes conditions, au moment de s'endormir, des crampes dans les cuisses, les mâchoires, la poitrine, la paroi abdominale.

Chez un certain nombre de neurasthéniques, on observe, même à l'état de veille, des secousses fibrillaires vives et légères des muscles de la face, des yeux et des mains, secousses qui simulent tout à fait celles de l'atrophie musculaire progressive. Ces secousses ne sont pas très rares, même chez les gens nerveux non neurasthéniques, et il faut, en effet, se garder d'y voir toujours l'indice d'une affection grave et fatalement progressive du système musculaire ou de la moelle épinière.

Il est certain qu'on rencontre bien plus souvent chez les neurasthéniques, que chez les gens dont le système nerveux est bien équilibré, la crampe des écrivains, celle des pianistes, celle des télégraphistes, c'est-à-dire tous ces troubles des combinaisons motrices professionnelles que Duchenne a décrits sous le terme générique d'impotences fonctionnelles. Ce fait ne doit pas nous surprendre. En effet, l'usure rapide de la force nerveuse, qui caractérise la neurasthénie, peut atteindre tous les centres nerveux, et non seulement, comme nous l'avons remarqué déjà, ceux qui président aux fonctions physiologiques communes, mais aussi ceux où sont organisées certaines combinaisons motrices acquises par l'expérience, comme celles de de l'écriture, de la couture, de la musique.

Le tremblement est-il un symptôme propre à l'épuisement nerveux ? Beard le signale parmi les symptômes de la maladie, et je l'ai moi-même rencontré chez des malades qui ne présentaient que des troubles neurasthéniques. Il est vrai qu'il est particulièrement observé dans les cas où l'hystérie est combinée à l'épuisement nerveux, par exemple chez l'homme frappé d'hystéro-neurasthénie traumatique. Il faut remarquer, pourtant, que le tremblement fait partie de cet état nerveux aigu qui marque très sou-

vent le début de l'épuisement nerveux, lorsque la cause déterminante en est une brusque et forte émotion morale. Un homme éprouve une frayeur épouvantable. Le jour même et les jours suivants, il a de la céphalée, de l'insomnie, de l'anorexie, quelquefois des vomissements, de l'asthénie motrice, et, de plus, ses mains sont agitées d'un véritable tremblement. Or, cet homme peut bien ne présenter jamais aucun symptôme de nature hystérique. Il y a donc un tremblement neurasthénique. C'est un tremblement menu, à oscillations brèves, rapides, toutes égales, et assez comparable au tremblement de la maladie de Basedow. Il survient généralement par accès, sous l'influence d'une émotion, d'une fatigue physique exagérée, hors de proportion avec la faible résistance des neurasthéniques.

M. Ziemssen est d'avis que les paralysies motrices ne font point partie du tableau clinique de la neurasthénie. Au contraire, parmi les suites de l'épuisement nerveux, Beard signale des paralysies fonctionnelles pouvant intéresser les bras, les jambes et même le larynx. C'est, en effet, une question fort difficile à résoudre que de déterminer si ces paralysies appartiennent en propre à l'hystérie ou à la neurasthénie. Pour ce qui est de l'hystéro-neurasthénie traumatique dans laquelle les paralysies sont assez communes, elles relèvent évidemment de l'hystérie, car elles s'accompagnent d'autres symptômes caractéristiques de l'hystérie et ont d'ailleurs les allures des paralysies propres à cette névrose.

Cependant, en m'appuyant sur quelques observations personnelles, je me rangerais volontiers à l'opinion de Beard, et je crois qu'il existe bien véritablement des paralysies motrices de nature neurasthénique. Un de mes ma-

lades, jeune homme de trente-cinq ans, est pris de temps en temps d'accès d'impotence fonctionnelle de l'un des deux bras, accès qui dure quelques minutes, pendant lesquelles il est obligé de soulever son bras inerte avec l'autre main. Chez une jeune femme, l'impotence motrice frappait les muscles de la nuque, et elle était, pendant quelques minutes, incapable de soutenir sa tête.

J'ai observé deux cas de paraplégie chez des femmes qui ne présentaient point les stigmates de l'hystérie. La paralysie n'était ni complète ni permanente. A certains moments, les malades étaient capables de soulever les jambes au-dessus du lit, de résister aux tentatives de flexion ou d'extension, même de rester quelques minutes sur leurs pieds, mais ces légers efforts épuisaient promptement leur force motrice. A d'autres moments, au contraire, l'inertie motrice était presque complète, et les malades ne pouvaient plus exécuter que quelques mouvements des pieds et des orteils. Les membres inférieurs étaient alors étendus dans le lit, immobiles, quelquefois avec un léger degré de flexion de la jambe sur la cuisse. Les pieds étaient dans la rectitude et non pas en adduction avec la pointe dirigée en dedans, attitude propre aux véritables états paralytiques du membre inférieur. L'anesthésie faisait entièrement défaut, la sensibilité générale était plutôt augmentée que diminuée. Du reste, il n'y avait aucun trouble ni de la vessie ni du rectum. Les masses musculaires avaient conservé un certain degré de tonicité. Quant aux réflexes rotuliens, ils étaient normaux ou à peine un peu diminués.

Je reconnais que ces caractères ne sont pas suffisants pour distinguer aisément la paraplégie hystérique de l'impotence neurasthénique des membres inférieurs. Il est en-

core vrai que l'hystérie et la neurasthénie sont quelquefois associées, même en dehors du traumatisme. Dans ces cas, la paralysie sera très probablement toujours attribuée à l'hystérie. Mais si, chez un malade évidemment neurasthénique, la paralysie paraît être l'unique symptôme de nature incertaine, trois caractères peuvent permettre de la rattacher à la neurasthénie plutôt qu'à l'hystérie : elle est incomplète, mobile, de très courte durée et le plus souvent procède par accès de quelques minutes seulement.

VIII. TROUBLES CIRCULATOIRES

On observe des troubles circulatoires à peu près dans toutes les formes de la neurasthénie. Ils sont particulièrement fréquents et prononcés dans ces formes cérébrales ou cérébro-spinales qui succèdent immédiatement à des émotions vives, comme la frayeur. Ils sont communs également dans tous ces états neurasthéniques qui se développent plus lentement, mais non moins sûrement, sous l'influence longtemps prolongée d'une passion dépressive. Les désordres de l'innervation du cœur peuvent même acquérir une telle intensité, qu'ils obscurcissent tous les autres symptômes et dominent tout à fait le tableau clinique de l'épuisement nerveux. C'est pour les cas de ce genre qu'on a proposé le terme de *neurasthénie cardiaque*[1]. Quant aux modifications de l'innervation des vaisseaux périphériques, si elles paraissent moins éclatantes que les troubles cardiaques, elles n'en sont pas

[1] Seeligmuller. *Berlin. klin. Wochens.*, 1884, p. 667. — Leer, *Ibid.* 1889, p. 905.

moins fréquentes et réelles, et elles jouent un rôle fort important dans la pathogénie de beaucoup de symptômes neurasthéniques. Les anémies et les congestions locales de la peau, des muqueuses et des viscères, si communes chez la plupart des malades atteints d'épuisement nerveux, sont toutes d'origine nerveuse et dues à des excitations ou à des paralysies transitoires des nerfs vaso-moteurs constricteurs et dilatateurs.

Il est de connaissance vulgaire que les états psychiques les plus divers, et surtout les émotions morales, ont une influence certaine sur les battements du cœur. Cette influence est transmise par les pneumogastriques aux ganglions cardiaques automoteurs. Elle peut produire, suivant le degré de l'incitation, soit une accélération initiale, soit le ralentissement et même l'arrêt momentané des battements, suivis plus ou moins rapidement d'une accélération parfois considérable. Il y a même des cas authentiques de mort subite par syncope sous l'influence exclusive d'une forte émotion morale. J'ai failli récemment observer un cas de ce genre. J'avais proposé la section de la luette à un homme de cinquante ans. Il n'avait aucune affection du cœur ni du système nerveux, mais il m'avait prévenu qu'il était très impressionnable. Il avait grand'peur de cette opération insignifiante. A peine eut-il ouvert la bouche et vu mes ciseaux, qu'il pâlit, perdit connaissance et tomba dans un état de syncope alarmant dont j'eus grand'peine à le faire sortir. Puisque des désordres passagers des fonctions cérébrales, comme ceux qu'engendrent les émotions, peuvent avoir sur le cœur un retentissement si soudain et si profond, il n'est point surprenant que la neurasthénie s'accompagne habituellement de modifications, légères ou graves, de l'innervation du cœur. Cette névrose, en effet,

peut elle-même troubler les fonctions cérébrales et d'ailleurs elle procède le plus souvent de ces états émotionnels dont l'influence est si manifeste sur la fréquence et l'énergie des battements cardiaques.

Chez quelques neurasthéniques on observe un *ralentissement* habituel du cœur, et les contractions en paraissent plus faibles qu'à l'état normal. Le pouls bat moins de soixante-dix fois à la minute ; il est petit et très dépressible. Cet état de dépression habituel de la circulation est rarement primitif ; le plus souvent il est consécutif à une période d'excitation. D'ailleurs ce cœur ralenti est encore très excitable ; une émotion en provoque facilement l'accélération.

Palpitations. — L'accès de palpitations est le plus fréquent de tous les troubles cardiaques de la neurasthénie. Le cœur est devenu extrêmement irritable. Une émotion légère, un bruit inattendu, l'excitation des sens, la pensée d'un acte à accomplir, le sentiment de la responsabilité, les états d'anxiété, l'effort physique même modéré, les troubles digestifs, ceux des organes génitaux, toutes ces causes retentissent sur l'innervation du cœur et provoquent des accès de palpitations. Ces troubles si fréquents du rythme cardiaque témoignent, soit d'une excitabilité anormale des nerfs et des centres accélérateurs, soit plutôt d'un état habituel d'épuisement des centres du pneumogastrique qui président aux influences modératrices. Ces accès de palpitations qui se répètent à chaque instant finissent tôt ou tard par agir d'une façon fâcheuse sur l'état mental du patient. Il ne tarde guère à se croire atteint d'une véritable maladie du cœur. C'est là une des formes les plus communes, sinon la plus commune, de l'hypocondrie neurasthénique.

Ces palpitations des neurasthéniques ne diffèrent pas beaucoup, sauf la fréquence et l'intensité, de celles qu'on observe tous les jours chez les femmes douées d'une certaine émotivité. Elles n'ont pas de gravité. Elles diminuent ou même cessent entièrement, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement qui produit une amélioration durable de l'état général névropathique.

Tachycardie permanente. — La neurasthénie peut provoquer un trouble plus profond et plus rebelle de l'innervation du cœur. Il s'agit d'une véritable tachycardie permanente, et qui peut durer, avec ou sans périodes d'accalmie, pendant fort longtemps, même pendant des années. J'ai observé plusieurs cas de cette tachycardie neurasthérique permanente. Elle présente une grande analogie avec celle du goitre exophtalmique. Toutes mes malades étaient cependant de vraies neurasthéniques ; elles étaient sous l'influence de passions dépressives prolongées et elles n'avaient aucun autre symptôme de la maladie de Basedow, ni l'exophtalmie ni la tuméfaction thyroïdienne.

Dans cette tachycardie neurasthénique permanente, les battements du cœur peuvent être très fréquents ; on en compte 120 à 160 et même plus à la minute. L'accélération du rythme cardiaque est vraiment continue, même lorsque le patient se trouve dans le calme le plus complet du corps et de l'esprit. De temps en temps, il y a des périodes d'accalmie plus ou moins longues, le plus souvent de courte durée, pendant lesquelles les battemements du cœur descendent à 100 ou 90 à la minute. Souvent aussi, sous l'influence d'une fatigue, d'une émotion, il y a des périodes d'aggravation ; le rythme tachycardique s'accélère encore et peut momentanément dépasser 160 pulsations à la minute. Les battements du cœur paraissent énergiques, ils

soulèvent vivement la région précordiale qui parfois semble agitée d'une sorte de mouvement vibratoire continu. Aussi fait-on quelquefois, mais bien à tort, le diagnostic d'hypertrophie du cœur. Cette énergique impulsion précordiale contraste avec la petitesse et la faiblesse apparente de la pulsation radiale. Mais les grosses artères, les carotides, les sous-clavières, l'aorte abdominale, sont animées de battements exagérés. Les pulsations cardiaques, bien que très accélérées, peuvent rester tout à fait régulières ; elles se succèdent à intervalles égaux. — Dans d'autres cas, la tachycardie est arythmique. Des pulsations fortes et faibles se succèdent à intervalles irréguliers, ou bien encore des séries de pulsations toutes égales sont séparées par un certain nombre de pulsations inégales et irrégulières. Ces pulsations intercalaires sont plus fortes ou plus faibles que les autres, suivant qu'elles sont elles-mêmes séparées par des intervalles plus longs ou plus courts. La tachycardie arythmique succède parfois à la tachycardie régulière; cette modification du rythme est généralement un signe pronostique peu favorable. Je l'ai constatée dans les derniers jours de la vie chez une femme à l'autopsie de laquelle je n'ai trouvé aucune lésion propre à expliquer la tachycardie. Ce fait prouve bien que l'arythmie peut être d'origine purement nerveuse et n'est pas toujours l'indice d'une lésion des muscles, des artères ou des appareils valvulaires du cœur. — Les bruits sont plus éclatants qu'à l'état normal. Quelquefois ils sont accompagnés de souffles systoliques légers, à la base ou même à la pointe; mais ces souffles sont variables, ils paraissent ou disparaissent suivant les modifications du rythme tachycardique, et c'est là la preuve qu'ils ne sont pas dus à des lésions des orifices ou des valvules. La malade à laquelle je viens de faire

allusion présentait un souffle systolique de la pointe, et son cœur était indemne de toute lésion valvulaire. — Le pouls est faible. En raison de l'extrême accélération des battements cardiaques, il arrive souvent que l'ondée ventriculaire est de si petit volume, que l'impulsion ne s'en fait pas sentir jusqu'à l'artère radiale. Dans quelques cas, le pouls est presque insensible ; le doigt ne perçoit dans la gouttière radiale qu'une ondulation vague, incertaine.

En général, les neurasthéniques atteints d'une tachycardie permanente prononcée ont des troubles cérébraux plus intenses, surtout dans les moments de plus grande excitation cardiaque. Ils souffrent d'une céphalée continue, d'insomnie, de rêves pénibles ; ils ont même quelquefois des périodes d'excitation cérébrale. Par là, ils se rapprochent encore des malades atteints de goitre exophtalmique. Ils éprouvent aussi des sensations d'oppression et d'angoisse précordiale. Ils sont le plus souvent très amaigris, parfois presque cachectiques, et ils présentent les symptômes de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique.

D'ailleurs, il y a lieu de distinguer deux formes de la tachycardie permanente neurasthénique, l'une relativement bénigne, l'autre réellement grave, puisqu'elle peut se terminer par la mort. Voici les observations succinctes de deux de mes malades. Elle donneront une image assez exacte de ces deux formes de tachycardie.

Forme bénigne. — La première malade est une femme de cinquante ans. En moins d'un an, elle a perdu ses trois enfants et son mari. De plus, d'une grande aisance elle est tombée dans une situation voisine de la pauvreté. Tout cela s'est passé il y a cinq ans. Depuis cette époque elle est malade. Elle présente les symptômes cardinaux de la neu-

rasthénie : la céphalée, l'insomnie, l'asthénie motrice, la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale, le refroidissement des mains et des pieds. Elle est triste, abattue, sans courage, pâle et déjà notablement amaigrie. Elle conserve cependant une certaine activité physique, puisqu'elle a pu quitter son village pour venir à Lyon me consulter. Elle se plaint surtout de palpitations intenses et continues. Son pouls est très faible, à peine perceptible, mais l'impulsion précordiale paraît, au contraire, très énergique. A plusieurs reprises, j'ai compté de 120 à 180 pulsations à la minute. Les voies respiratoires sont indemnes, le foie n'est pas augmenté de volume, et il n'y a point d'œdème des pieds. D'ailleurs, aucun signe d'une lésion valvulaire; les bruits du cœur sont bien frappés, un peu plus éclatants qu'à l'état normal. D'après les renseignements que me donne le médecin ordinaire de la malade, cette accélération considérable des battements du cœur est continue et dure depuis des années. Il y aurait eu des moments d'accalmie, mais jamais, et les explorations ont été nombreuses, on n'aurait pu constater un rythme cardiaque normal. Cette femme a consulté bien des médecins. Les uns ont cru à une affection organique du cœur, d'autres à la maladie de Basedow. Or les signes d'une lésion valvulaire font défaut et il est clair que la tachycardie s'est développée sous l'influence d'une émotion dépressive et prolongée. D'autre part la malade ne présente ni exophtalmie, ni tuméfaction thyroïdienne, ni tremblement; elle n'a ni diarrhée ni vomissements, mais seulement les troubles digestifs caractéristiques de l'atonie gastro-intestinale. Je suis convaincu qu'il s'agit là d'un cas de tachycardie permanente neurasthénique. La névrose cardiaque dure déjà depuis cinq ans, avec des périodes de rémission plus

ou moins longues et fréquentes; elle s'améliorera peut-être sous l'influence du traitement; elle peut aussi durer longtemps encore et aboutir aux symptômes inquiétants de l'affaiblissement du cœur.

Forme grave. — La seconde malade est âgée de soixante-huit ans. Elle tousse depuis longtemps, et, pendant l'hiver, elle est toujours plus oppressée et crache davantage. L'auscultation nous apprend, en effet, qu'elle est atteinte d'emphysème et de catarrhe bronchique. Six mois avant son admission à l'hôpital, elle se portait bien encore et pouvait travailler. A ce moment là, son état s'est tout à la fois modifié et aggravé. Elle avait péniblement amassé quelques économies sur lesquelles elle comptait pour sa vieillesse. Brusquement elle a tout perdu. Pendant plusieurs jours, elle fut dans un état de colère violente contre son frère, cause de son désastre. Puis, cette colère passée, elle est tombée dans un état de dépression : plus de bon sommeil, mais de l'insomnie et des cauchemars pendant la nuit, plus de forces, plus d'appétit, et surtout de l'oppression et des palpitations. Bientôt elle maigrit jusqu'à devenir cachectique et les palpitations deviennent tellement violentes, qu'elle ne peut plus sortir. C'est dans cet état qu'elle est admise à l'hôpital. Jour et nuit, elle est assise dans son lit et ne peut pas dormir. Son cœur bat cent soixante-dix à cent quatre-vingts fois à la minute, jamais moins, et souvent j'ai compté jusqu'à deux cents pulsations à la minute. L'exophtalmie et le tremblement font défaut. La glande thyroïde est un peu hypertrophiée, mais cette tuméfaction date de plus de vingt ans; elle est dure, nullement vasculaire; c'est un goitre vulgaire. L'impulsion cardiaque est forte, énergique; le pouls, au contraire, est très faible, souvent imperceptible. Les bruits

sont éclatants, bien frappés; un léger souffle systolique existe parfois à la pointe. Du côté des voies respiratoires, il n'y a que des signes de bronchite et d'emphysème, d'ailleurs modérés. L'appétit à disparu, si bien que la malade ne prend guère autre chose qu'un peu de vin et de lait. Cet état lamentable dure quinze jours sans modification. Puis la tachycardie, jusque-là régulière, devient arythmique et en même temps apparaissent des signes d'affaiblissement du cœur : l'œdème des pieds, la dyspnée croissante, l'hydropisie des plèvres, la tuméfaction du foie. La malade succombe huit jours environ après le début de ces symptômes asystoliques. — Aucune lésion ne pouvait expliquer la tachycardie. Le cœur était un peu dilaté, mais tout à fait sain; pas de péricardite; pas d'endocardite, ni de déformations des orifices et des valvules; pas d'altération du myocarde qui présentait, sur des sections très nombreuses, une teinte rouge normale, sans mélange de plaques graisseuses ni de plaques scléreuses; pas de lésion des artères coronaires qui sont entièrement perméables, jusqu'aux plus petites ramifications qu'on puisse ouvrir avec de fins ciseaux, et dont l'endartère ne montre que quelques plaques jaunes, à peine saillantes et nullement oblitérantes, au niveau des éperons vasculaires. Le foie, tuméfié, déformé par le corset, portait l'empreinte des côtes. Le lobe droit étranglé pendait dans l'abdomen. Le rein droit était abaissé. Le prolapsus de l'estomac, du gros intestin et de la masse de l'intestin grêle complétait le complexus anatomo-pathologique de l'entéroptose, évidemment due, chez cette femme, à la constriction du corset et au relâchement de la paroi abdominale. Les reins offraient, mais à un faible degré, les caractères du rein sénile. Les poumons étaient congestionnés, emphysèma-

teux; la muqueuse des grosses bronches était recouverte de muco-pus; les deux plèvres contenaient un demi-litre environ de sérosité. — Comment interpréter cette tachycardie permanente, qui a duré six mois et abouti à l'affaiblissement du cœur, à l'asystolie, sinon comme une tachycardie d'origine nerveuse et de nature neurasthénique? Elle a débuté à la suite d'une forte émotion morale, elle s'est développée et aggravée jusqu'à la mort, en même temps que les symptômes caractéristiques de la neurasthénie.

Il est probable que, dans ces cas de tachycardie permanente neurasthénique, il s'agit d'un trouble profond et durable des centres modérateurs du pneumogastrique. Les influences modératrices font plus ou moins complètement défaut; de là deux degrés dans la gravité de la névrose cardiaque. Elle peut devenir grave, au point de de causer l'affaiblissement et la dilatation du cœur. Ce fait n'est pas contestable, et plusieurs observateurs l'ont admis sans réserves. M. Oppenheim[1] a pu, dans deux cas de névrose traumatique, suivre le développement progressif d'une dilatation avec hypertrophie des ventricules. Au début, les dimensions du cœur étaient normales et il n'y avait pas d'autre trouble que l'accélération des battements du cœur, qui, dans un cas, étaient très énergiques. Deux ans après, on constatait des signes évidents de dilatation et d'hypertrophie des ventricules.

C'est une tendance encore très générale que celle qui consiste à attribuer tous les troubles graves du cœur à des lésions organiques primitives des orifices, des valvules, des artères coronaires ou du muscle cardiaque. Or il n'est

1 Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, 1889, p. 120.

pas douteux que certains de ces troubles graves, pouvant entraîner la mort, ne soient exclusivement imputables à des modifications purement fonctionnelles de l'innervation du cœur. Le chapitre des névroses du cœur est encore ouvert; il est loin d'être achevé. Récemment[1], j'ai proposé le nom de tachycardie essentielle paroxystique pour une névrose cardiaque, le plus souvent mortelle, et dont j'ai basé la description sur deux faits personnels et plusieurs observations étrangères, publiées sous des noms et avec des interprétations fort dissemblables. Or cette névrose possède une réelle autonomie; on peut la reconnaître aisément et elle est peut-être plus fréquente que je ne l'avais pensé. Depuis mon mémoire, quelques cas en ont été publiés, et je viens moi-même d'en observer un nouvel exemple. Eh bien, dans le groupe des tachycardies essentielles, c'est-à-dire sans lésion organique ni du cœur ni du système nerveux, il y a lieu de placer, à côté de la tachycardie paroxystique, la tachycardie permanente neurasthénique, dont il existe deux formes : l'une, moins intense, présentant des périodes d'accalmie, compatible avec une certaine activité physique, permettant la prolongation de la vie et pouvant même guérir ; l'autre, plus grave, sans rémissions durables, aboutissant à l'affaiblissement du cœur, à la dilatation des cavités cardiaques et à la mort par asystolie. Assurément, cette forme grave de la tachycardie permanente neurasthénique n'est pas commune; elle le paraîtra moins peut-être, si les cliniciens, moins préoccupés de superposer toujours des lésions anatomiques aux troubles fonctionnels du cœur, accordent plus d'attention aux pures névroses cardiaques.

[1] Bouveret *Revue de médecine*, 1889, p 753 et 837.

Angine de poitrine. — L'angine de poitrine vraie, dont on meurt le plus souvent, paraît réellement due à une sténose organique des artères coronaires[1]. Les pseudo-angines de poitrine, dont on guérit à peu près toujours, sont imputables, soit à une névralgie du plexus cardiaque, soit à un spasme plus ou moins généralisé des artères périphériques et peut-être aussi des artères coronaires. A ce groupe des angines bénignes, appartiennent les angines névrosiques, c'est-à-dire celles qu'on observe quelquefois dans certaines névroses, telles que l'hystérie et la neurasthénie.

Il y a donc une angine de poitrine neurasthénique. Tantôt, comme le fait observer M. Huchard à propos de l'angine hystérique, l'angine névrosique consiste exclusivement en une névralgie du plexus cardiaque, tantôt elle revêt la forme vaso-motrice et se caractérise par l'intensité des troubles vaso-moteurs. Or, dans la neurasthénie on rencontre plutôt la forme vaso-motrice. Ce fait ne doit point nous surprendre, car il est peu de névroses où le système des nerfs vaso-moteurs soit troublé au même degré que dans la neurasthénie.

Un mémoire de M. P. Marie[2] sur l'angine de poitrine hystérique, renferme une excellente observation dûe à M. Charcot et qui donne une fidèle image de la forme vaso-motrice de l'angine de poitrine. Je vais en reproduire les principaux traits. L'attaque comprend plusieurs périodes. — La première période est, à proprement parler, une période prodromique. Elle peut durer quelques heures et même une journée entière et se répéter plusieurs fois avant

[1] Huchard, *Maladies du cœur et des vaisseaux*, Paris, 1889.
[2] Marie, *Revue de médecine*, 1882, p. 342.

d'aboutir à la crise véritable. La malade éprouve alors des sensations très diverses et dont la plupart semblent déjà imputables à des troubles de l'innervation vasomotrice : douleur au cœur, sentiment d'oppression, engourdissement de toute la moitié gauche du corps, sensation de strangulation avec gêne de la déglutition, quintes de toux, irritabilité, insomnie, perte d'appétit. — Avec la deuxième période, débute l'attaque proprement dite. La malade éprouve tout à coup un saisissement, un serrement dans la région précordiale, accompagné d'une angoisse extrême et d'une terreur indicible ; elle croit qu'elle va mourir. La douleur précordiale s'irradie aussitôt dans le plexus cervico-brachial gauche, dans le domaine du cubital, et quelquefois se fait sentir jusque dans la jambe gauche. En même temps qu'éclate la douleur précordiale, la face devient très pâle, froide, livide. La respiration se ralentit et semble s'arrêter pendant l'inspiration qui est sifflante. Le pouls et les battements du cœur sont presque insensibles. Les pupilles se resserrent également des deux côtés. L'agitation de la malade est extrême ; elle cherche partout un point d'appui. Elle se sent de plus en plus défaillir et mourir. Cette seconde période dure de trois à six minutes. Les traits les plus dignes d'attention, dans ce tableau clinique, sont la pâleur de la face, la petitesse du pouls, l'affaiblissement des battements du cœur ; ils témoignent d'un spasme universel des vaisseaux artériels périphériques, intéressant probablement aussi les artères du cœur lui-même. — La troisième période s'annonce par une modification de la coloration de la face qui devient rouge et chaude. Une semblable modification s'observe aussi dans la moitié gauche du corps. Les battements du cœur sont maintenant très appréciables et deviennent de plus en plus

énergiques. Le pouls bat cent trente à cent cinquante fois à la minute, avec des intermittences toutes les dix ou quinze pulsations. La respiration est plus fréquente, mais toujours sifflante, avec tendance à s'arrêter pendant l'inspiration. Cette période dure de dix à vingt minutes. Elle se caractérise par une réaction vaso-motrice intense. Au spasme artériel de la période précédente succède la dilatation des vaisseaux périphériques; de là la rougeur des téguments et l'accélération croissante des battements du cœur. — Dans la dernière période, le cœur se ralentit; il ne bat plus que cent à cent vingt fois par minute. En même temps, l'oppression diminue. Le principal phénomène est un tremblement général des membres, de la face, des paupières, des mâchoires; la malade claque des dents; on dirait le tremblement d'un frisson intense au début d'un accès de fièvre intermittente. Ce tremblement dure une demi-heure à une heure; il est très pénible pour la malade et souvent la fait pleurer.

Les périodes, dans l'accès d'angine vaso-motrice, ne se succèdent pas toujours avec une telle régularité, et les symptômes ne sont pas toujours aussi prononcés. Il y a des formes incomplètes ou atténuées, mais dans lesquelles cependant on retrouve toujours les troubles vaso-moteurs caractéristiques. Ainsi, dans une autre observation du mémoire de M. P. Marie, observation empruntée à M. Cordes, la succession des périodes n'est pas aussi nettement indiquée, mais le spasme initial des artères est intense et très manifeste. « Très peu de temps avant l'accès, les extrémités, surtout les inférieures, deviennent froides, pâlissent et les ongles se cyanosent. L'abaissement de la température périphérique est très sensible au toucher... Pendant l'attaque, la carotide, la radiale et toutes les

artères superficielles sont revenues sur elles-mêmes et présentent une forte tension. »

Trois de mes malades ont eu des accès d'angine de poitrine neurasthénique. — Dans le premier cas, dont j'ai parlé dans la première édition de cet ouvrage, les troubles vaso-moteurs étaient peu prononcés et la malade se plaignait surtout de douleurs névralgiques pendant et immédiatement après l'accès. — Le second cas concerne une femme atteinte d'hystéro-neurasthénie et qui porte en même temps une insuffisance mitrale. M. Landouzy[1] et M. Huchard[2] ont rapporté des exemples de cette coïncidence d'une angine purement névrosique avec une affection organique du cœur. Pour un observateur attentif, le diagnostic ne présente pas des difficultés insurmontables. Chez ma malade, il était facile, grâce à l'intensité des troubles vaso-moteurs. Avant et pendant le stade initial de l'accès, la face et les extrémités deviennent froides et très pâles avec lividités au bout des doigts et des orteils. — Je ne connais les accès de mon troisième malade que par la description qu'il m'en a faite. Il m'a spontanément signalé, au début de chaque accès, une sensation de froid intense avec pâleur prononcée des extrémités.

Comme la forme grave de la tachycardie permanente, l'angine de poitrine n'est pas commune dans la neurasthénie, puisque sur un grand nombre de malades, je n'en ai rencontré que trois cas seulement. Il sera cependant toujours facile d'en établir le diagnostic. La coïncidence d'autres symptômes de l'épuisement nerveux, et particulièrement des stigmates neurasthéniques, l'absence

[1] Landouzy, *Progrès médical*, septembre 1883.
[2] Huchard, *loc. cit.*

de l'effort comme cause occasionnelle de l'accès, le retour parfois périodique et la durée plus longue des paroxysmes, l'agitation bien plus marquée du patient, l'intensité moindre de la sensation d'angoisse, la présence constante de troubles vaso-moteurs souvent très prononcés, surtout au début de l'accès, la bénignité de l'affection dont les accès se terminent toujours favorablement, tels sont les principaux caractères qui, d'après M. Huchard, distinguent l'angine névrosique, et par conséquent aussi l'angine neurasthénique, de la véritable angine de poitrine.

Modifications du tonus artériel. — Les artères du type musculaire sont toujours dans un état de demi-contraction produite par un acte réflexe. Cet état de resserrement physiologique est ce qu'on nomme le tonus artériel[1]. Il peut varier, augmenter ou diminuer, sous l'influence d'une foule d'incitations qui, parties des points les plus divers de l'organisme, agissent sur les centres vaso-moteurs du bulbe et de la moelle épinière. De ces incitations, les plus communes et les plus actives viennent du cerveau. Une expérience fondamentale de M. Mosso, faite à l'aide de son pléthysmographe, peut servir à montrer les modifications que produit l'activité cérébrale dans l'innervation des vaisseaux périphériques. Le bras d'un homme bien portant, dont le système nerveux n'est en aucune façon malade, est introduit dans l'appareil, puis cet homme exécute un travail intellectuel; le volume du bras diminue, ce qui est dû à la contraction des artères de ce bras. Le fonctionnement du cerveau produit, au contraire, la dilatation des vaisseaux cérébraux. M. Mosso s'est assuré que ces deux modifications vasculaires, simultanées, mais de sens con-

[1] Vulpian, *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, Paris, 1875, I, p. 286.

traire, sont d'ordre actif et dues à des excitations des nerfs vaso-dilatateurs du cerveau et vaso-constricteurs du bras. Chez l'homme sain, la constriction des vaisseaux du bras apparaît promptement, aussitôt que débute l'activité cérébrale ; elle se maintient constante pendant la durée du travail; elle cesse rapidement dès que le cerveau entre en repos et fait place au tonus artériel normal. L'ensemble de ces modifications constitue ce qu'on pourrait appeler la réaction vaso-motrice physiologique.

L'observation clinique nous donne bien des preuves d'un trouble réel de l'innervation vaso-motrice chez les neurasthéniques. Il était intéressant de savoir comment, chez ces malades, les vaisseaux périphériques répondent aux modifications de la circulation cérébrale. On devait s'attendre à constater un type de la réaction vaso-motrice différent du type physiologique. M. Anjel [1] a fait quelques tentatives dans ce sens. L'appareil de M. Mosso est appliqué au bras d'un neurasthénique avéré, comme tout à l'heure au bras d'un homme sain, puis le patient exécute un travail intellectuel. Or, la colonne liquide de l'appareil reste immobile, ce qui indique que le bras n'a pas changé de volume, en d'autres termes que les vaisseaux artériels du bras ne se sont pas contractés. Mais cette absence de contraction vasculaire n'est qu'apparente; elle existait déjà au moment où l'on a fait travailler le cerveau du patient, et elle s'est produite sous l'influence de la très légère émotion causée par les préparatifs de l'expérience. Le volume du bras ne reste pas stationnaire pendant toute la durée du travail intellectuel ; au bout de quelques instants, il augmente, puis il diminue, et présente ainsi une série

[1] Anjel, *Archiv für Psychiatrie*, 1884, XV, p. 618.

d'oscillations de sens contraire. Lorsque le cerveau revient à l'état de repos, ces oscillations persistent encore un certain temps, et les artères ne reviennent pas promptement, comme chez l'homme sain, à un degré de contraction moyenne. On pourrait désigner ces phénomènes vasculaires sous le nom de réaction vaso-motrice neurasthénique. L'expérience de M. Anjel démontre que, chez l'homme atteint d'épuisement nerveux, l'appareil vaso-moteur est plus excitable et dispose d'une moindre quantité de force nerveuse. Il réagit plus vite sous l'influence de causes légères, mais il semble que les contractions vasculaires ainsi produites ne puissent se maintenir aussi longtemps que chez l'homme bien portant. Le tonus vasculaire est beaucoup moins stable, et, après une série d'oscillations, il se rétablit plus lentement et plus difficilement qu'à l'état normal.

M. Anjel a vu que toutes les causes propres à stimuler l'innervation vaso-motrice, à relever le tonus artériel, atténuent ou même font disparaître les caractères de la réaction vaso-motrice neurasthénique. Ainsi, après un bon repas, cette réaction se rapproche beaucoup de la réaction physiologique. Il en serait de même à la suite de l'ingestion d'une boisson alcoolique ou encore de l'inhalation de quelques gouttes d'ammoniaque. Au contraire, la réaction vaso-motrice neurasthénique n'est jamais plus accusée que lorsque le patient est tout à fait à jeun. Les oscillations de la colonne liquide du pléthysmographe, les alternatives de resserrement et de dilatation des vaisseaux du bras, sont alors tellement prononcées, qu'il se produit une sorte de clonus vasculaire. On sait que le tonus des vaisseaux est, même à l'état normal, moins marqué à jeun qu'après le repas. Enfin, M. Anjel a pu faire

apparaître la réaction vaso-motrice neurasthénique chez des sujets bien portants, en produisant l'épuisement momentané de l'appareil vaso-moteur, à l'aide du tabac et du café. A hautes doses, ces deux substances provoquent des phénomènes d'excitation vasculaire suivis de phénomènes de dépression, indices de la fatigue des muscles des vaisseaux. Or, si l'on fait l'expérience de M. Mosso au moment où apparaissent les signes de cette fatigue vasculaire, les résultats sont tout à fait comparables à ceux qu'on obtient chez les neurasténiques avérés.

M. Webber [1] a étudié les caractères du pouls des neurasthéniques ; il a recueilli un grand nombre de tracés sphygmographiques chez les mêmes malades et à diverses périodes de la maladie. La comparaison de ces tracés donne une estimation approximative des variations que subit le tonus artériel. Les neurasthéniques de M. Webber se partagent en trois catégories, correspondant à trois degrés dans la gravité de la neurasthénie. Au premier groupe appartiennent les malades dont le pouls subit peu de variations et dont le tonus paraît normal ou à peu près normal. Les symptômes nerveux sont peu prononcés et la guérison peut être facilement obtenue. Les patients de la seconde catégorie ont un affaiblissement marqué du tonus artériel. Mais ce tonus peut assez aisément reprendre et conserver, sous l'influence du traitement, les caractères de l'état normal. Ces malades guérissent au bout d'un temps plus ou moins long. Dans la troisième catégorie, les cas sont plus graves. La tonicité des vaisseaux est très affaiblie, elle est surtout extrêmement variable. Des tracés du pouls, pris à des intervalles très courts, sont très différents les uns des autres. Il s'agit

[1] Weber, *Boston medic. Journal*, 3 mai 1888.

le plus souvent de neurasthéniques héréditaires dont il n'est guère possible d'obtenir la guérison. Ainsi, d'après les recherches de M. Webber, les caractères du tonus artériel pourraient contribuer à établir le pronostic de la neurasthénie et fournir quelques indications sur la solidité des améliorations produites par le traitement. Une amélioration serait d'autant plus durable, qu'elle s'accompagnerait d'une restauration plus complète de la tonicité artérielle.

Caractères du pouls. — Le pouls reflète les troubles de l'innervation du cœur. Il est surtout de fréquence très variable et s'accélère facilement sous l'influence de la moindre excitation. Ainsi, l'émotion que cause un examen médical suffit à provoquer une accélération qui va jusqu'à cent trente et cent quarante battements à la minute. Les pulsations des grosses artères sont parfois très exagérées ; de là des sensations plus ou moins pénibles de battements au cou, aux tempes, dans la tête, et surtout à la région épigastrique. Les battements épigastriques sont particulièrement fréquents et pénibles. L'exagération des pulsations sur les gros troncs artériels est vraisemblablement due à des troubles de l'innervation vaso-motrice dans les artères et les artérioles que commandent ces gros troncs artériels.

Troubles vaso-moteurs. — Sous l'influence d'une minime cause d'excitation, on voit apparaître des rougeurs plus ou moins étendues au visage, au front, aux oreilles, à la poitrine. Un de mes malades, jeune homme de trente ans, en apparence très fort, dès que je lui adresse une question imprévue, est pris d'une rougeur intense de tout le visage, comme s'il s'agissait d'une jeune fille très impressionnable. Sur la poitrine, où elle est souvent observée, la

rougeur débute par de petits points rouges qui s'étendent rapidement et forment une sorte de roséole, bien nommée roséole émotive. Or, cette roséole se rencontre, non seulement chez les femmes, mais aussi chez des hommes d'une forte constitution, frappés d'épuisement nerveux à la suite d'un surmenage prolongé du corps et de l'esprit. Elle disparaît à un âge avancé; elle est particulièrement observée chez les jeunes sujets.

Beaucoup de neurasthéniques ont habituellement les extrémités, les mains et les pieds, d'une grande pâleur. A un degré de plus c'est le phénomène du doigt mort. Ces troubles de la circulation des membres sont dus à des états spasmodiques plus ou moins prolongés des artérioles périphériques. Ils sont assez constants pour constituer un bon signe de l'épuisement nerveux.

Dans quelques cas, plus rares il est vrai, la tonicité artérielle est tellement affaiblie, que les membres, surtout les membres inférieurs, peuvent, dans certaines conditions, présenter les caractères de la paralysie vaso-motrice. Une de mes malades était depuis longtemps retenue au lit par une asthénie motrice très prononcée. Dès qu'on la mettait debout, les pieds et les jambes devenaient rouges, puis livides, tandis que, dans le lit, ils étaient habituellement froids et pâles. C'est là l'exagération d'un phénomène qu'on observe chez les convalescents d'une maladie aiguë grave et de longue durée. Le poids de la colonne sanguine qui, dans la station verticale, pèse sur les petits vaisseaux des extrémités inférieures, suffit à en surmonter la tonicité très affaiblie.

On sait qu'il y a des œdèmes d'origine vaso motrice [1].

[1] Vulpian, *loc. cit.*, t. II. p 516.

Des œdèmes de ce genre se voient quelquefois aux mains et aux pieds de certaines femmes neurasthéniques. Ils sont peu prononcés et très mobiles. Comme ces malades ont en outre des palpitations, elles se croient sûrement atteintes d'une affection organique grave du cœur, et il est difficile de les convaincre de l'inanité de leur crainte. M. Oppenheim [1] a signalé l'œdème sous-cutané des membres parésiés dans des cas de névrose traumatique avec hémiplégie.

Aux perturbations de l'innervation vaso-motrice doivent être encore rapportées les sensations de chaleur et de froid dont se plaignent un certain nombre de neurasthéniques. Les sensations de chaleur, un peu moins communes, s'accompagnent d'agitation, d'un besoin d'activité qui contraste avec l'état habituel de prostration des forces. Les sensations de froid sont partielles ou générales ; les malades éprouvent, tout à coup, un refroidissement plus ou moins intense dans le dos, les pieds, les jambes, les genoux. Parfois le frissonnement est général, et les alternatives de froid et de chaleur simulent un accès de fièvre intermittente. C'est à ces troubles de l'innervation vaso-motrice que se réduisent la plupart des cas de fièvre nerveuse.

L'irritabilité et l'épuisement rapide de l'appareil vaso-moteur engendrent facilement des anémies et des congestions dans les viscères, particulièrement dans le cerveau et la moelle épinière. Il est certain que ces troubles circulatoires ne sont pas sans influence sur la pathogénie et la persistance d'un certain nombre de symptômes neurasthéniques.

[1] Oppenheim, *loc. cit.*, p. 120.

Nous n'avons pas encore une théorie définitive du sommeil, et il est peu probable que ce repos du cerveau soit exclusivement dû, comme le voulait Durham, à l'ischémie des vaisseaux cérébraux. Cependant il est très vraisemblable que le sommeil coïncide avec une modification durable de la circulation encéphalique, et que cette modification, quelle qu'elle soit, représente au moins une condition accessoire et plus ou moins nécessaire à la production et à la durée du sommeil. Or, on conçoit très bien que cette sorte de statique de la circulation cérébrale s'établisse difficilement chez beaucoup de neurasthéniques. Leur appareil vaso-moteur étant très irritable et en même temps très affaibli, les moindres irritations psychiques ou sensorielles suffisent à produire des contractions ou des dilatations vasculaires dans l'encéphale, et par conséquent font obstacle à l'établissement et à la durée de cette statique circulatoire qui doit accompagner et favoriser le sommeil. De là très probablement la fréquence et la ténacité de l'insomnie dans la plupart des cas d'épuisement nerveux.

M. Anjel incline à attribuer le vertige des neurasthéniques à des congestions d'origine vaso-motrice se produisant brusquement dans certaines régions de l'encéphale. Ce vertige est, en effet, plus fréquent à jeun, à distance des repas, c'est-à-dire à un moment où le tonus artériel est plus faible et par conséquent fait moins obstacle aux excitations capables de produire une vaso-dilatation.

Les sensations de pesanteur dans la tête, de torpeur, d'inaptitude au travail intellectuel, dont se plaignent si souvent les neurasthéniques atteints de dyspepsie nerveuse, sont imputables à un certain degré de congestion cérébrale d'origine vaso-motrice. Cette interprétation est d'autant plus acceptable, que ces sensations s'accompagnent

souvent de rougeur et de bouffées de chaleur au visage. Il est encore probable que ces troubles vaso-moteurs de la circulation cérébrale ne sont pas étrangers au développement et à la longue durée de la céphalée neurasthénique. De même la rachialgie et les douleurs névralgiques dans les membres sont peut-être entretenues par des états congestifs de la moelle épinière et surtout des centres originels des nerfs sensitifs.

Certains neurasthériques ont des crises soudaines de diarrhée, durant lesquelles ils expulsent de grandes quantités de liquide séreux. On ne peut guère expliquer ce singulier phénomène, autrement que par une congestion intense et transitoire de la muqueuse intestinale, due à l'excitation des vaso-dilatateurs des artérioles mésentériques.

Nous avons vu quel rôle pathogénique important joue le spasme artériel dans l'accès d'angine de poitrine neurasthénique. Ici le trouble de l'innervation vaso-motrice saute aux yeux, et ne peut être qualifié de pure hypothèse.

L'accès d'anxiété neurasthénique, l'agoraphobie par exemple, ne se caractérise pas seulement par des sensations subjectives, il a également des manifestations objectives très appréciables, parmi lesquelles se placent en première ligne l'extrême pâleur de la face et des extrémités, la fréquence et la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités. Tous ces signes extérieurs témoignent d'une excitation violente et générale des vaso-constricteurs des vaisseaux périphériques. Or, il est probable que les vaisseaux profonds sont dans le même état de contraction spasmodique. De là des anémies intenses des principaux organes, auxquelles peuvent être vraisemblablement at-

tribués la plupart des phénomènes du syndrome de l'anxiété neurasthénique.

IX. TROUBLES DES ORGANES GÉNITAUX

La neurasthénie de l'homme a quelquefois pour point de départ un trouble fonctionnel ou une lésion des organes génitaux. Cette forme de neurasthénie provoque des désordres particuliers des fonctions sexuelles. Elle sera décrite plus loin sous le nom de *neurasthénie génitale*.

Lorsque la neurasthénie de l'homme procède de toute autre cause, par exemple du surmenage de l'esprit, d'une passion dépressive, ou encore d'un traumatisme, elle s'accompagne cependant de troubles génitaux; mais ces troubles ont, sauf l'intensité, presque toujours le même caractère; c'est une diminution progressive de l'appétit sexuel et de la puissance virile, pouvant aller jusqu'à la frigidité et à l'impuissance. Les phénomènes d'excitation, les pollutions nocturnes, les irradiations douloureuses dans le plexus sacré et la spermatorrhée y sont fort rares et appartiennent bien plus à la neurasthénie génitale, telle que je viens de la définir.

En décrivant la neurasthénie féminine, j'exposerai les troubles utéro-ovariens qu'on peut observer chez les femmes neurasthéniques, et j'étudierai aussi la question du rapport de ces symptômes avec le développement de la neurasthénie elle-même.

X. TROUBLES URINAIRES

Une maladie qui, comme la neurasthénie, porte une atteinte sérieuse et durable aux fonctions du système nerveux et, dans certains cas d'atonie gastro-intestinale, à la nutrition générale elle-même, doit sans doute provoquer des modifications notables de la sécrétion urinaire. Ces altérations n'ont pas encore été très complètement étudiées. J'ai entrepris quelques recherches sur ce point, mais elles sont toutes récentes et peu nombreuses. Je ne puis encore en tirer aucune conclusion.

On peut observer l'augmentation ou la diminution de la sécrétion rénale. Il y a chez certains neurasthéniques des accès de polyurie transitoire. D'autres éprouvent, sans aucune trace de cystite, des besoins fréquents d'uriner. La polyurie s'accompagne parfois d'une très légère albuminurie et même de glycosurie passagère et peu prononcée. On sait d'ailleurs que, en dehors des états neurasthéniques, les émotions morales et le travail cérébral exagéré provoquent des troubles analogues de la sécrétion urinaire.

Beard a signalé la fréquence de l'oxalurie. Il y a longtemps que Prout, Begbie et Bird ont décrit une diathèse oxalique, comparable à la diathèse urique, et à laquelle ils attribuent le développement de symptômes nerveux tels que la dépression cérébrale, l'émotivité, la fatigue musculaire précoce, la tendance aux préoccupations hypocondriaques. Il est bien probable que le plus souvent l'interprétation est erronée et que l'oxalurie doit être considérée comme un effet, non comme une cause. Ces troubles ner-

veux sont de nature neurasthénique, et, ainsi que le veut Beard, l'oxalurie elle-même n'est qu'un des nombreux troubles fonctionnels de la neurasthénie.

La phosphaturie est commune chez les neurasthéniques. Elle a été indiquée déjà par M. Bouchut dans le nervosisme chronique. Il cite l'observation d'un jeune homme dont l'urine fut souvent examinée par Ch. Robin et Bouchardat. Cette urine renfermait un excès de phosphates au moment des paroxysmes de la névrose.

D'après Beard, l'urine des neurasthéniques, presque toujours acide, contient fréquemment un excès d'urates et d'acide urique.

La neurasthénie prédispose aux congestions viscérales. Parmi ces congestions d'origine nerveuse, Beard range la congestion rénale, et cette congestion pourrait s'accompagner d'albuminurie. Il y aurait donc une albuminurie neurasthénique. L'auteur américain avance même que cette congestion, si elle persiste longtemps, peut être l'origine d'une sorte de mal de Bright.

J'ai observé plusieurs fois l'albuminurie parmi mes malades atteints d'épuisement nerveux. Dans le cas que j'ai le mieux suivi, il s'agissait d'une femme, chez laquelle prédominaient les troubles digestifs et les symptômes de l'irritation spinale. Il n'y avait aucun signe positif de néphrite interstitielle ou de néphrite parenchymateuse, et l'albuminurie disparut entièrement, en même temps que survint une amélioration très marquée de tous les autres symptômes neurasthéniques.

On a signalé l'albuminurie dans certaines affections organiques du système nerveux, telles que les lésions du bulbe et l'ataxie locomotrice, et il est probable que ces affections organiques engendrent l'albuminurie par l'inter-

médiaire d'un trouble de la circulation rénale. L'interprétation de Beard serait donc vraisemblable ; cependant la pathogénie des albuminuries sans lésion du rein est encore contestée, et il est prudent, je crois, de garder une certaine réserve sur cette question de l'albuminurie d'origine neurasthénique.

XI. TROUBLES DES SÉCRÉTIONS

Le plus singulier de ces troubles sécrétoires est une diminution notable de la sécrétion des synoviales. Il en résulte un état de sécheresse habituel des surfaces articulaires, et les mouvements des jointures s'accompagnent de bruits de craquement. Ces bruits se produisent surtout à la nuque pendant les mouvements de la tête et du cou. Beaucoup de neurasthéniques s'en plaignent spontanément, en même temps que de céphalée occipitale.

La sécrétion des glandes salivaires est fréquemment troublée. Elle est parfois très diminuée, la mastication et la déglutition sont difficiles, et les malades se plaignent d'une sensation très pénible de sécheresse dans la bouche. Ailleurs il se produit de véritables accès de salivation, soit avant, soit plutôt après les repas, accès auxquels sont souvent associées des sensations gustatives désagréables.

Chez quelques neurasthéniques, le ralentissement des sécrétions est général. Ils ont un état habituel de sécheresse des jointures, de la peau, des muqueuses, des pieds, des mains, des yeux, des oreilles et du cuir chevelu. L'inactivité des glandes annexées aux bulbes pileux entraîne la chute précoce des cheveux.

Un de mes malades, jeune homme de vingt-quatre ans, est souvent pris d'un abondant écoulement de larmes, dès qu'il parle devant une personne étrangère, et sans que son esprit soit en aucune façon préoccupé d'une pensée triste.

La sécrétion sudorale peut être exagérée à un degré vraiment pathologique ; de là les sueurs profuses des mains et des pieds, les hyperhydroses localisées à la face, à un membre ou même à l'une des deux moitiés du corps. Ces hyperhydroses sont généralement intermittentes et surviennent à l'occasion d'une émotion, d'une fatigue intellectuelle, ou même spontanément. Assez souvent une vive rougeur de la peau est associée au flux sudoral.

XII. TROUBLES RESPIRATOIRES

La neurasthénie intéresse beaucoup moins l'appareil respiratoire que l'appareil circulatoire, les voies digestives et les organes génitaux. Chez la plupart des neurasthéniques, les troubles de la respiration font à peu près complètement défaut.

Les états d'anxiété s'accompagnent ordinairement d'une modification du rythme respiratoire, quelquefois d'une sorte de dyspnée nerveuse ; l'inspiration est lente, saccadée, difficile, entrecoupée de soupirs.

Des accès dyspnéiques analogues surviennent aussi en dehors de l'état anxieux ; les malades se plaignent de sensations d'oppression, d'étouffement ; ils se croient atteints d'asthme ou de bronchite. Beard a beaucoup insisté sur la fréquence remarquable de la fièvre des foins ou coryza spasmodique chez les neurasthéniques. M. Brissaud[1],

[1] Brissaud, *Revue de médecine*, décembre 1890.

vient d'étudier l'asthme des névropathes. Son mémoire contient treize observations ; la plupart se rapportent à des aliénés, des mélancoliques, des hystériques ; aucun de ces malades, sauf peut-être celui de l'observation X, ne paraît être un vrai neurasthénique.

Quelques femmes neurasthéniques, pâles et amaigries, ont une petite toux sèche, nerveuse, à point de départ pharyngé, et qui donne l'image trompeuse d'un début de phtisie pulmonaire. D'autres ont des accès de bâillement comparables, sauf la fréquence et l'intensité, au bâillement des hystériques.

Beard a observé un caractère particulier de la voix, surtout chez les femmes atteintes de neurasthénie invétérée. La voix est faible, traînante, confuse. Une de mes malades, qui depuis deux ans n'a pas quitté son lit, présente à un haut degré ce caractère de la parole. On dirait que prononcer quelques mots lui cause une fatigue extrême. Chaque mot est articulé lentement, à voix basse, scandé par syllabes, et parfois la malade s'arrête au milieu d'une phrase, comme s'il lui était tout à fait impossible d'aller plus loin.

CHAPITRE V

TROUBLES DIGESTIFS DE LA NEURASTHÉNIE

Tous les organes qui concourent à la digestion peuvent être diversement troublés. Les symptômes de l'appareil digestif sont donc nombreux et variés. Fondre tous ces troubles fonctionnels dans une description commune, comme l'ont fait quelques auteurs, c'est faire une œuvre tout à fait stérile, qui ne peut conduire à aucune donnée applicable à la pratique. Le type clinique ainsi créé est tout à fait factice.

Sous le nom de *dyspepsie nerveuse*, M. Leube[1] a décrit une forme de dyspepsie qu'il caractérise ainsi : tous les symptômes sont d'ordre subjectif, ils sont dus à une irritabilité pathologique des nerfs sensitifs de l'estomac, il n'y a aucun trouble des opérations chimiques de la digestion. Cette dyspepsie nerveuse de M. Leube est devenue le cadre commode dans lequel, en pratique, on a pris de plus en plus l'habitude de rejeter indistinctement beaucoup de ces états morbides de l'estomac qui restent

[1] Leube, *Deutsch. Archiv für klin. Med.*, Bd. XXIII, 1879.

encore obscurs. On y voit figurer surtout la plupart des troubles gastro-intestinaux de la neurasthénie ; de là le nom de neurasthénie gastrique qui sert encore à désigner la dyspepsie nerveuse.

Le nom et la chose ont été assez vivement critiqués, même en Allemagne[1]. Nos méthodes d'investigation sont encore trop imparfaites pour nous permettre de conclure, dans un cas donné, à l'intégrité certaine des opérations chimiques de la digestion gastrique. Le critérium de M. Leube est d'ailleurs insuffisant : la fonction de l'estomac lui paraît normale, si l'organe revient à l'état de vacuité six à sept heures après l'ingestion des aliments. Nous savons bien aujourd'hui que les troubles de la sécrétion ne sont pas nécessairement associés à ceux de la motilité. Or, dans bien des cas de dyspepsie nerveuse, et particulièrement chez les neurasthéniques, on peut constater déjà des modifications du chimisme stomacal, même avec les méthodes actuelles d'investigation clinique. D'ailleurs il est difficile d'admettre l'existence d'une dyspepsie sans aucun trouble des opérations de la digestion. La dyspepsie nerveuse de M. Leube ne subsistera probablement qu'à titre provisoire. Il est certain qu'on rencontre encore des malades dont le chimisme stomacal paraît normal, qui cependant ont des malaises après les repas et qui présentent un amaigrissement progressif et souvent prononcé. Mais nous ne connaissons qu'une partie des troubles de la digestion gastrique et ceux de la digestion intestinale nous sont encore à peu près complètement inconnus. Avec des méthodes d'exploration plus parfaites, il est bien probable que le groupe des dyspepsies nerveuses, tel que l'a défini

[1] Ewald, *Klinik der Verdauungskrankheiten*, Berlin, 1888, II, p. 391.

M. Leube, deviendra de plus en plus restreint et peut-être finira par disparaître.

Quant au terme de neurasthénie gastrique, dont on fait souvent le synonyme de dyspepsie nerveuse, il prête encore à la confusion. Il a conduit à considérer comme appartenant réellement à la neurasthénie tous ces états obscurs de l'estomac, provisoirement compris dans le cadre mal limité de la dyspepsie nerveuse. Il a encore un autre inconvénient. Il semble indiquer, et beaucoup d'auteurs acceptent cette interprétation, que la neurasthénie elle-même a son origine et sa cause dans l'état pathologique de l'estomac. C'est là une erreur que j'ai combattue déjà au chapitre de l'étiologie.

I. ATONIE GASTRO-INSTESTINALE NEURASTHÉNIQUE

Pour s'orienter dans cette question si controversée des troubles digestifs de la neurasthénie, on doit procéder avec une certaine méthode. Il faut d'abord ne prendre en considération que des cas de neurasthénie avérée, présentant nettement les symptômes cardinaux de la névrose, et, j'ajouterais volontiers, caractérisée par une donnée étiologique précise, comme la frayeur, une passion dépressive prolongée, les excès sexuels, le traumatisme. Il faut, en second lieu, observer patiemment tous les troubles digestifs dont souffrent ces malades de choix, en noter les caractères propres et la fréquence relative. Il faut enfin, pour cette observation, mettre à contribution tous les procédés d'investigation, et particulièrement l'examen du contenu stomacal, retiré à diverses périodes de la digestion gastrique. C'est ainsi que j'ai procédé et que j'ai étudié

les nombreux neurasthéniques qui depuis deux ans ont passé sous mes yeux. A l'époque de la première édition de cet ouvrage, je n'avais encore qu'un petit nombre d'observations. Aujourd'hui, j'ai pratiqué un grand nombre de fois l'examen du contenu stomacal. Or, en procédant de la sorte, j'ai pu me convaincre que, parmi les troubles digestifs variés que présentent les neurasthéniques, il existe un syndrome dyspeptique particulier, bien caractérisé, facile à reconnaître, beaucoup plus commun que tous les autres troubles digestifs, tellement fréquent qu'il doit prendre place parmi les symptômes cardinaux de l'épuisement nerveux.

Pour désigner ce syndrome dyspeptique, j'ai proposé le terme d'*atonie gastro-intestinale neurasthénique*. Je dis atonie, parce que l'exploration de l'estomac avec la sonde démontre une diminution de l'activité des glandes et des muscles gastriques; j'ajoute gastro-intestinale parce que, à défaut d'une exploration directe des fonctions de l'intestin qui n'est pas possible, l'observation clinique nous apprend que l'intestin grêle et le gros intestin participent aux troubles des fonctions de l'estomac; j'ajoute encore neurasthénique, pour distinguer cette atonie de celle qui peut accompagner d'autres affections organiques ou fonctionnelles des voies digestives, et surtout afin de bien spécifier que le syndrome dyspeptique en question n'a que la valeur d'un symptôme dans le tableau clinique de l'épuisement nerveux. — C'est par l'étude de cette atonie gastro-intestinale neurasthénique qu'il convient de commencer l'analyse des troubles digestifs qu'on peut observer chez les malades atteints d'épuisement nerveux.

Dans le chapitre consacré à l'exposé des symptômes cardinaux, nous avons vu qu'il y a deux degrés ou deux

formes de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, la forme légère et la forme grave. Cette distinction me paraît nécessaire; elle est d'ailleurs entièrement justifiée par l'observation clinique et peut aussi conduire à des déductions pronostiques et thérapeutiques d'un réel intérêt.

Premier degré ou forme légère. — Ce qui caractérise avant toute chose la forme légère, c'est la conservation de l'embonpoint. Je veux dire que le malade ne maigrit pas du fait des troubles digestifs dont il souffre ; sa nutrition n'est point ralentie, et, s'il n'est ni déprimé moralement ni frappé d'asthénie neuro-musculaire, il conserve ses forces. Il digère mal, et sa digestion s'accompagne de certains malaises; c'est en ces termes très simples que très souvent le patient résume lui-même ses troubles digestifs.

Symptômes. — L'appétit est diminué dans les cas où dominent les symptômes de dépression cérébrale, il est souvent conservé lorsque ces symptômes font défaut. Il varie beaucoup chez le même malade. Il diminue à peu près invariablement, et peut même faire momentanément place à l'anorexie, toutes les fois que le patient est sous l'influence d'une émotion pénible, d'une idée triste, d'une préoccupation morale. Une jeune institutrice profondément neurasthénique est restée six mois dans mon service. Bien que très déprimée, elle présentait seulement le premier degré de l'atonie gastro-intestinale. Au moment de son admission, elle n'avait qu'un très médiocre appétit. Au bout de deux mois, elle était améliorée, moins déprimée, et mangeait beaucoup plus. A l'approche de la rentrée des classes, elle fut prise de la crainte de n'être pas assez guérie, de ne pouvoir reprendre ses fonctions, d'être privée de sa place. Sous l'influence de cette préoccupation con-

stante, elle eut une rechute, l'appétit disparut de nouveau et fit place à un véritable dégoût des aliments. — La langue est toujours humide ; je l'ai rarement vue tout à fait rose; le plus souvent elle présente un léger enduit saburral sur le milieu de la face dorsale.

Les malaises débutent parfois immédiatement après le repas, souvent aussi après une courte période d'une demi-heure à une heure, pendant laquelle le patient éprouve plutôt une sensatiou de bien-être. Il se sent plus fort, plus apte au travail. Je connais plusieurs neurasthéniques qui réservent pour ces moments de la journée celles de leurs occupations professionnelles qui nécessitent plus d'attention et de réflexion. Il est probable que cette heureuse modification est due à l'absorption des liquides ingérés. Il en résulte un relèvement momentané du tonus artériel. Mais cette sensation de bien-être ne dure pas longtemps. Bientôt apparaissent les signes d'une digestion laborieuse et troublée par la production de gaz dans l'estomac. Il n'y a pas de véritables douleurs. Dans les descriptions que donnent les patients de leurs malaises, ce qui domine, ce sont les sensations de poids, de pesanteur, de barre, de plénitude, de ballonnement à la région épigastrique et dans l'hypocondre. En effet, l'examen de ces régions, après le repas, démontre l'existence d'une distension gazeuse de l'estomac. L'épigastre est météorisé et la sonorité stomacale s'étend un peu au delà des limites de l'état physiologique. La succussion du tronc et la dépression brusque de la paroi abdominale font entendre un bruit de clapotement. Mais, dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale, ce bruit n'existe que pendant les premières heures qui suivent le repas et reste localisé au-dessus de l'ombilic. La dilatation de l'estomac est donc médiocre, toute tem-

poraire et ne paraît qu'après l'ingestion des aliments. Bientôt surviennent des éructations de gaz inodores et qui produisent un certain soulagement. Les régurgitations acides sont rares, purement accidentelles, et ne se montrent d'ailleurs qu'à une période plus avancée de la maladie, lorsque l'atonie gastro-intestinale, le plus souvent déjà fort ancienne, a conduit le patient à la dilatation permanente et au prolapsus de l'estomac.

Cependant, au milieu de tous ces malaises, la digestion gastrique s'achève, les ingesta franchissent le pylore et l'estomac revient à l'état de vacuité. Or il arrive assez souvent que, même pendant l'état de vacuité, le patient n'est pas entièrement délivré de toute sensation pénible; il éprouve alors des sensations de tiraillement, de vide, de faim, quelquefois accompagnées de bâillements, de constriction céphalique, et même de légers vertiges. A l'état normal, le fonctionnement de l'estomac reste silencieux et n'est pas beaucoup mieux senti que celui des autres organes, du cœur par exemple. Or on peut dire que la plupart des neurasthéniques atteints d'atonie gastro-intestinale, sentent toujours leur estomac, soit pendant l'état de réplétion, soit même pendant l'état de vacuité.

Sans doute, ces désordres de la digestion stomacale peuvent augmenter les perturbations fonctionnelles d'un système nerveux dont la neurasthénie a troublé l'équilibre et diminué la résistance. Ils retentissent particulièrement sur les fonctions du cœur, du cerveau et de la moelle épinière. Pendant l'accès dyspeptique, beaucoup de malades, outre les malaises épigastriques, accusent des palpitations, des bouffées de chaleur à la tête, de l'oppression, de la torpeur cérébrale, de la somnolence, une inaptitude plus complète au travail intellectuel, à la marche, à l'exercice

physique. A un degré de plus, l'accès dyspeptique s'accompagne de sensations vertigineuses.

L'atonie neurasthénique ne frappe pas seulement l'estomac, elle intéresse également l'intestin, et cette dyspepsie est vraiment une atonie tout à la fois gastrique et intestinale. On voit communément, au bout de quelques heures, aux troubles de l'estomac, succéder ceux de l'intestin. Le météorisme s'étend aux régions de l'ombilic, des hypocondres et de l'hypogastre. Des sensations, plutôt pénibles que réellement douloureuses, apparaissent en quelques régions de la cavité abdominale. M. Ziemssen et M. Glénard attribuent ces sensations au passage plus difficile des gaz à travers certains points relativement plus étroits du trajet de l'intestin. L'expulsion par l'anus de ces gaz intestinaux produit, comme l'éructation, un soulagement marqué.

La constipation est à peu près la règle, même dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Ce n'est guère que dans quelques cas rares, et tout à fait au début, que les évacuations restent, sinon en réalité, du moins en apparence, normales et régulières. Elles peuvent être insuffisantes et il peut y avoir constipation, bien que le patient aille à la garde-robe tous les jours. Il n'est pas rare de voir la constipation s'établir dès le début et devenir promptement opiniâtre et rebelle à la plupart des médicaments ordinaires, particulièrement à l'usage prolongé des purgatifs. Des patients restent ainsi trois, quatre jours et même davantage, sans aucune évacuation. Une de mes malades, neurasthénique de longue date, ne va pas à la selle plus de quatre ou cinq fois par mois, et cela depuis des années. Les matières sont dures, sèches, en forme de scybales ou de très petits cylindres, quelquefois accompagnées d'une petite quantité de matières diarrhéiques, mu-

queuses ou sanguinolentes. Ces troubles de la défécation sont bien la preuve d'une altération des sécrétions et de l'atonie motrice du gros intestin. Quand elle est très prononcée et invétérée, la constipation est un signe fâcheux qui aggrave le pronostic de la dyspepsie neurasthénique et en rend le traitement plus difficile et plus aléatoire.

Troubles du chimisme stomacal. — A ces symptômes correspond une modification réelle des opérations chimiques de la digestion, modification qui peut être mise en évidence par l'examen du contenu stomacal après le repas d'épreuve.

Pour cet examen, je me suis servi des procédés ordinaires et particulièrement de celui de M. Léo, dont M. Lyon[1] a donné une bonne description. Dans quelques cas, j'ai employé le procédé de MM. Hayem et Winter[2]. Il fournit des indications précieuses sur les diverses modifications d'un des éléments les plus importants du liquide gastrique, le chlore, mais il est un peu long et compliqué. — Après avoir expérimenté la plupart des réactifs colorants destinés à révéler la présence de l'acide chlorhydrique, je préfère la phloroglucine-vanilline de M. Gunzburg et le vert-brillant de M. Lépine. Ces deux réactifs ont des mérites différents ; ils donnent des indications qui se complètent heureusement. Celui de M. Gunzburg met en évidence de très faibles traces d'acide chlorhydrique libre, mais, quoi qu'on en ait dit, il est certain qu'il ne révèle pas l'acide chlorhydrique combiné aux albuminoïdes et aux peptones. Le vert-brillant est moins sensible, mais il a deux avantages : il donne une réaction positive même en présence de l'acide chlorhydrique combiné, et les variations de la coloration verte,

[1] Lyon, thèse de Paris, 1890 : *Analyse du suc gastrique.*
[2] Hayem et Winter, *Bulletin médical*, décembre 1889.

indice de la présence de l'acide libre ou combiné, peuvent fournir une indication approximative sur la quantité de cet acide. — A tous les repas d'épreuve qu'on a conseillés, et ils sont nombreux, je préfère celui que recommande M. G. Sée. Il se compose de pain, de viande et d'un verre d'eau. Ce repas a le grand avantage de nous donner des renseignements précieux sur ce que deviennent dans l'estomac deux aliments usuels et qui sont les types de deux grandes catégories de substances alimentaires.

Dans l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, le fait capital, ou du moins celui que nous pouvons le mieux apprécier jusqu'à présent, c'est la diminution notable ou même la disparition complète de l'acide chlorhydrique libre dans le liquide gastrique, à tous les moments de la digestion. Il est même plus ordinaire de constater l'absence complète que la simple diminution, chez les malades qui sont de vrais neurasthéniques et qui présentent nettement les troubles digestifs que je viens de décrire. Cette anachlorhydrie est même tenace, rebelle au traitement. La plupart de mes malades ont été plusieurs fois examinés et, à chaque examen, les divers procédés d'exploration donnaient tous un résultat négatif. J'ai fait huit explorations complètes en six mois chez la jeune institutrice neurasthénique dont j'ai précédemment parlé ; jamais je n'ai trouvé de l'acide chlorhydrique libre dans le liquide extrait de son estomac, bien que ce liquide ait été retiré à divers moments de la digestion, d'une demi-heure à trois heures après le repas d'épreuve. Les lavements de substances peptogènes et même ceux de chlorure de sodium n'ont pas réussi à faire réapparaître l'acide chlorhydrique libre dans la sécrétion des glandes de l'estomac. Chez une autre femme neurasthénique, habituellement anachlorhydrique,

j'ai trouvé une fois de l'acide chlorhydrique libre, mais c'était quelques heures après un accès de migraine, et les explorations ultérieures ont toutes donné un résultat négatif.

L'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie doivent donc être considérées comme un caractère important de cette dyspepsie ; on peut même ajouter que c'est un caractère précoce, puisqu'il apparaît déjà avec le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Dans ce premier degré, les malades ne maigrissent pas ou presque pas ; leur nutrition ne paraît pas sérieusement troublée. Et cependant l'absence d'acide chlorhydrique libre témoigne bien d'une perturbation réelle du chimisme stomacal. On peut présumer que les sécrétions intestinales, et surtout la sécrétion pancréatique, suppléent à l'insuffisance du suc gastrique. On peut encore admettre que l'acide chlorhydrique existe bien réellement dans le liquide que sécrètent les glandes de l'estomac, mais qu'il s'y trouve en proportions tellement faibles, que, à peine produit, il est masqué, soit par les albuminoïdes des aliments, soit par les peptones, et que par conséquent il ne reste jamais à l'état tout à fait libre. La peptonisation des matières albuminoïdes dans l'estomac serait donc très ralentie, mais cependant encore possible, grâce à la continuité de la sécrétion. Ce qui semble légitimer cette dernière hypothèse, c'est que ce liquide gastrique, privé d'acide chlorhydrique libre, donne souvent d'une façon assez nette la réaction des peptones.

Hors de l'estomac, dans un tube placé à l'étuve chauffée à 38 degrés, ce liquide gastrique anachlorhydrique ne digère pas le petit cube de blanc d'œuf cuit. Même au bout de plusieurs jours, les arêtes du cube sont encore intactes. La digestion artificielle réussit, au contraire, et

le cube d'albumine est entièrement dissous, au bout d'un temps plus ou moins long, si l'on ajoute au liquide gastrique filtré une certaine quantité d'une solution d'acide chlorhydrique à 4 ou 5 pour 1000. Le mélange doit donner une réaction positive avec la solution alcoolique de phloroglucine-vanilline. L'activité digestive du liquide gastrique ainsi modifié prouve qu'il renferme encore une proportion suffisante de pepsine. C'est là, d'ailleurs, un fait très général dans l'histoire des troubles du chimisme stomacal. Ce qui manque aux liquides gastriques qui ne digèrent pas, c'est beaucoup moins la pepsine que l'acide chorhydrique libre.

La filtration de la bouillie alimentaire est le plus souvent ralentie, plus lente que celle d'un liquide provenant d'un estomac sain, et ce fait est dû à la présence d'une certaine quantité de mucus. Sur le filtre, on trouve de la viande et du pain en proportions à peu près égales, et souvent aussi quelques mucosités. L'odeur de ce résidu est toujours assez forte, et, dans presque tous les cas, elle rappelle tout à fait l'odeur du beurre rance ; c'est du moins cette odeur que j'ai le plus souvent sentie. Les fragments de viande sont intacts ou à peu près, quelquefois cependant légèrement gonflés. Cette intégrité complète ou relative de la viande, qu'on peut d'ailleurs constater même plus de deux heures après le repas d'épreuve, témoigne de l'inactivité ou du peu d'activité du suc gastrique.

Le liquide filtré est le plus souvent un peu louche, d'une teinte jaunâtre comparable à celle de l'urine, et généralement très acide. L'acidité totale exprimée en acide chlorhydrique s'élève à 3, 4 et même 5 pour 1000. Puisque l'acide chlorhydrique libre fait défaut, cette acidité est évidemment due aux acides organiques, aux sels acides et

probablement aussi à l'acide chlorhydrique combiné aux albuminoïdes et aux peptones. L'analyse du liquide suivant le procédé de MM. Hayem et Winter montre, en effet, qu'il y existe une certaine proportion de chlore combiné aux matières albuminoïdes, et, dans un cas, j'ai même trouvé une proportion de 0,212 pour 100 ; je donne ce chiffre avec réserve, car je l'ai obtenu au début de mes recherches, à une époque où je n'avais pas encore une expérience suffisante du procédé de MM. Hayem et Winter. Le procédé de M. Léo décèle une notable quantité d'acides organiques, supérieure à la moyenne normale. Le réactif de M. Uffelmann donne presque toujours une réaction positive ; le liquide perd sa coloration améthyste et prend une teinte jaune d'or, dans quelques cas très accusée. Quelquefois j'ai obtenu une teinte grisâtre et le liquide est devenu trouble.

Dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, j'ai toujours trouvé l'estomac vide le matin, à jeun. Il l'est également, dans la grande majorité des cas, six heures après le principal repas de midi ou après le repas d'épreuve. La sonde ne ramène rien, ou bien, si l'on prolonge l'aspiration, on voit apparaître dans le flacon quelques gouttes d'un liquide visqueux, coloré en jaune par la bile. Ce liquide est très faiblement acide ; souvent il ne rougit pas du tout le papier de tournesol. Dans un cas, celui de la jeune institutrice dont il a été plusieurs fois question, il m'est arrivé assez souvent de ne rien retirer de l'estomac, deux ou trois heures seulement après le repas d'épreuve, et le tube n'était sûrement pas oblitéré.

Le trouble fonctionnel de l'estomac intéresse donc la sécrétion bien plus que la motilité, du moins dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale. Il est vraisem-

blable que ce défaut d'activité des glandes gastriques procède d'un trouble survenu dans la fonction des nerfs qui règlent les sécrétions de l'estomac. Il est probable encore, il est même prouvé par l'observation clinique, que ce trouble de l'innervation gastrique peut être provoqué par une modification plus générale des fonctions des centres nerveux. En effet, les symptômes de l'atonie gastrique apparaissent parfois très promptement, sous l'influence immédiate des causes habituelles de l'épuisement nerveux, chez des neurasthéniques qui ne présentaient auparavant aucun indice pouvant faire présumer l'existence d'une lésion de la muqueuse gastrique. J'ai, dans mes notes, plusieurs observations de ce genre. Ce sont des hommes et des femmes qui, jusque-là d'une bonne santé, deviennent dyspeptiques en quelques jours, à propos d'une cause inopinée de dépression morale, de la perte d'une fortune, d'une cruelle déception, d'un surmenage intense du corps et de l'esprit. Ce développement d'un état dyspeptique, rapide et sous l'influence exclusive d'un trouble des centres nerveux, est encore plus manifeste, s'il est possible, dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. Dès les premiers jours qui suivent le traumatisme, le patient a perdu l'appétit, ne digère plus, a des malaises après le repas et présente à un haut degré tous les symptômes de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Comme toutes les sécrétions, celle de l'estomac est soumise à l'action régulatrice du système nerveux, et les nerfs de l'estomac sont en relation très étroite avec les centres cérébro-spinaux. Il n'est donc pas surprenant qu'une perturbation profonde de ces centres nerveux, subite ou lentement développée, puisse gravement troubler la sécrétion gastrique et devenir la véritable cause d'un état dyspeptique habituel.

L'acide chlorhydrique libre n'est pas seulement nécessaire à l'activité digestive de la pepsine, il joue aussi le rôle d'un antiseptique dans le milieu stomacal. Les expériences de M. Falk[1], de MM. Strauss et Wurtz[2], de M. Hamburger[3] démontrent que le suc gastrique modère et même arrête le développement de certains microbes pathogènes, et que cette propriété est due, non à l'action du ferment digestif, mais à la présence des acides et particulièrement de l'acide chlorhydrique. Des solutions de cet acide, de 1 à 10 pour 1000, modèrent aussi le développement des moisissures, et d'autant plus sûrement que la solution est plus forte. J'ai conservé et je conserve encore, depuis des mois, un grand nombre de liquides gastriques filtrés. Tous ceux qui sont dépourvus d'acide chlorhydrique libre, ou qui en contiennent très peu, se sont putréfiés au bout de quelques jours. Au contraire, ceux qui sont riches en acide chlorhydrique ont très longtemps résisté à la putréfaction; au bout de plusieurs mois, quelques-uns étaient encore clairs, présentaient seulement quelques flocons de moisissures, digéraient l'albumine et ne répandaient aucune mauvaise odeur. Il est certain que cette fonction d'antiseptique, l'acide chlorhydrique l'exerce dans l'estomac, pendant la digestion. Avec les aliments, nous ingérons des ferments, et beaucoup de nos aliments sont capables de fermentations rapides. Un petit fragment de viande resté entre les dents donne déjà à la fin du repas l'odeur de la putréfaction. La présence d'une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac retarde ou arrête ces fermentations fâcheuses et protège ainsi le

[1] Falk, *Virchov's Archiv*, 1883, p. 144.
[2] Straus et Wurtz, *Archives de médecine expérimentale*, 1889, p. 370.
[3] Hamburger, *Centralblatt für klin. Med.*, 1890, n° 24.

processus de la digestion. Si cet acide diminue ou disparaît, le champ reste libre aux fermentations anormales. Or, l'exploration du contenu stomacal nous a donné des preuves de l'existence de ces fermentations dans le liquide extrait de l'estomac de nos malades. Ce liquide est assez fortement acide, il a une odeur de beurre rance et contient de fortes proportions d'acides organiques, même deux ou trois heures après le début de la digestion. Les gaz qui se développent dans l'estomac pendant l'accès dyspeptique sont évidemment le produit de ces fermentations anormales de la bouillie alimentaire, et non pas le résultat d'une sorte d'exhalation des gaz du sang par les capillaires de la muqueuse gastrique. Le liquide contient encore du mucus, qu'on trouve sur le filtre. Il est probable que les produits des fermentations anormales irritent la muqueuse et y provoquent un certain degré de catarrhe.

Dans le premier degré de l'atonie gastrique neurasthénique, l'estomac n'est pas dilaté, ou l'est très peu, et la motilité en est relativement indemne. Aussi les fermentations qui s'y développent à chaque digestion restent modérées et ne sont pas comparables à celles que présentent certains estomacs depuis longtemps paralysés et dilatés. Il est probable que l'intégrité de la nutrition générale tient aussi en grande partie à cette conservation relative de la motilité de l'estomac.

En général l'anachlorhydrie est rebelle, et il n'est pas facile d'obtenir la réapparition de l'acide chlorhydrique libre. Il en est ainsi surtout chez les neurasthéniques qui ont des symptômes de dépression. Plus ces symptômes sont prononcés, plus tenace est la dyspepsie. Au contraire, il n'est pas rare de voir les troubles de l'estomac s'améliorer ou même cesser momentanément, lorsque s'atténuent

ou disparaissent les symptômes cérébraux de l'épuisement nerveux. Un de mes malades est un exemple fort net de cette curieuse modification. Il est le mari d'une femme dipsomane qui, lorsqu'elle prise de boisson, se livre à de violents accès de fureur. Chez lui, cet homme vit dans un état d'anxiété continuelle et présente à un haut degré les symptômes de l'épuisement nerveux. Il a de la céphalée, de l'insomnie, de la dépression intellectuelle ; il souffre de symptômes dyspeptiques après chaque repas et d'une constipation très prononcée. Quand il quitte sa maison, après avoir remis sa femme entre des mains sûres, la scène change ; il recouvre le sommeil, mange et boit sans éprouver aucun malaise et sa constipation cesse entièrement.

Hypochlorhydrie ou anachlorhydrie, digestion ralentie des substances albuminoïdes, développement modéré de fermentations anormales, intégrité relative de la motilité de l'estomac, tels sont les caractères du trouble fonctionnel gastrique dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Ces modifications procèdent d'un trouble de l'innervation portant principalement sur les nerfs sécréteurs, et ce trouble de l'innervation de l'estomac procède lui-même de cette perturbation initiale du système nerveux central dont dérivent tous les symptômes de la neurasthénie.

Deuxième degré ou forme grave. — Dans le second degré ou forme grave de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, nous trouvons encore, mais plus accusés, les mêmes symptômes que dans le premier degré ou forme légère. Chaque repas est suivi du même accès dyspeptique. Quelquefois ces malaises sont plus pénibles, les éructations plus fréquentes, et la constipation est plus prononcée.

Mais à ce tableau de la dyspepsie neurasthénique s'ajoute un trait nouveau. La nutrition subit une profonde atteinte. Les patients perdent leurs forces, pâlissent et maigrissent. Or, ce trouble de la nutrition générale et cet amaigrissement rapide constituent le signe le plus apparent, et d'ailleurs le plus caractéristique, du second degré de l'atonie gastro-intestinale. J'ai vu des hommes qui, auparavant robustes et d'un certain embonpoint, perdaient en cinq ou six mois jusqu'à huit et dix kilogrammes de leur poids. La peau devient sèche et terreuse, et le visage prend une expression de langueur non moins caractéristique. Au premier aspect de ces malades, ainsi frappés de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale, on ne peut se défendre de l'idée d'une affection organique grave, surtout de l'idée du cancer de l'estomac, d'autant plus que cet état résiste fort souvent au traitement, et que, malgré les médications les mieux appropriées, il peut arriver que le dépérissement reste stationnaire ou même progresse encore pendant plusieurs mois.

Je n'ai pas vu ces neurasthéniques très amaigris, ces pseudo-cancéreux, reprendre aisément leur embonpoint. On ne peut guère espérer que des améliorations lentement progressives, et les rechutes, du moins si j'en juge par mes observations personnelles, se produisent avec une déplorable facilité, souvent même sans cause appréciable. Sous l'influence d'une alimentation convenable, d'une bonne hygiène, d'un séjour à la montagne ou à la campagne, loin des soucis et des affaires, il peut bien arriver que le patient semble digérer mieux et reprenne quelques forces, mais il est beaucoup plus difficile de l'engraisser et d'obtenir en quelques mois une augmentation sensible de son poids. Il en est ainsi surtout des malades qui ont dépassé

l'âge moyen. La situation est moins sérieuse à une période moins avancée de la vie. — Le cas le plus favorable que j'aie rencontré, est celui d'un jeune homme de trente-quatre ans. Il était devenu neurasthénique à la suite de chagrins domestiques prolongés. Il avait de l'insomnie, de l'asthénie motrice, de la céphalée, une grande émotivité et des troubles dyspeptiques. Six mois de cet état avaient suffi pour lui faire perdre 20 kilogrammes de son poids. Plusieurs médecins le croyaient atteint d'un cancer latent de l'estomac. C'est avec ce diagnostic qu'il me fut adressé. Je le fis sortir du milieu déplorable dans lequel il vivait. L'année suivante, il allait mieux et il avait reconquis 10 kilogrammes du poids qu'il avait perdu. — Le plus souvent, les troubles digestifs et l'amaigrissement durent longtemps, même plusieurs années, surtout quand la neurasthénie elle-même ne s'améliore pas, et que le patient reste soumis à l'influence fâcheuse de la dépression cérébrale. Aussi le second degré de l'atonie gastro-intestinale est-il habituellement accompagné de vives préoccupations hypocondriaques, et il est remarquable que, chez ces pseudo-cancéreux, la crainte d'une mort prochaine et les accès de désespoir sont bien plus prononcés que chez la plupart des véritables cancéreux. Peu satisfaits des résultats obtenus, ils changent de médecin à chaque instant, toujours en quête de l'introuvable remède qui doit les guérir.

Le diagnostic paraît d'abord difficile. Invariablement ces malades sont qualifiés de cancéreux. L'examen du contenu stomacal semble confirmer l'hypothèse du cancer latent de l'estomac, puisque l'acide chlorhydrique libre y fait toujours défaut. Or je suis convaincu que ce diagnostic peut être aisément établi, quand on a vu le patient deux ou trois fois et que l'on connaît bien toute son histoire. Il est

clair que tous les signes propres au cancer font défaut ; il n'y a ni douleur locale, ni tumeur, ni hématémèse. Le patient est bien un neurasthénique ; il présente plusieurs des symptômes cardinaux de la neurasthénie. Presque dans tous les cas, sinon dans tous les cas, on retrouve une donnée étiologique précise, à laquelle, pour mon compte, j'attache la plus grande importance. C'est un grand chagrin, un surmenage intellectuel prolongé et toujours accompagné de vives préoccupations morales, un grand abus des plaisirs sexuels. La passion dépressive est la grande cause, celle qu'il faut toujours rechercher. Dans quelques cas, l'affection gastro-intestinale a déjà dépassé la durée moyenne du cancer de l'estomac, laquelle n'excède guère quinze à dix-huit mois. Or la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale peut persister pendant plusieurs années. Les rémissions et les améliorations sont plus fréquentes et plus durables chez le neurasthénique dyspeptique que chez le véritable cancéreux. L'anorexie prononcée, invincible, surtout pour la viande, appartient plutôt au cancer ; cependant il ne faut pas compter beaucoup sur les troubles dyspeptiques eux-mêmes pour établir le diagnostic différentiel. Je n'ai jamais vu, même dans l'atonie gastro-intestinale neurasthénique la plus grave, les grands signes de la cachexie cancéreuse, ni l'anémie profonde avec teinte jaune-paille du visage, ni les œdèmes des extrémités.

Les modifications du chimisme stomacal sont les mêmes que dans le premier degré. Les fermentations acides secondaires peuvent être plus prononcées, mais il y a bien d'autres affections gastriques dans lesquelles elles le sont beaucoup plus. Le caractère important, et qui me paraît propre à ce second degré de l'atonie neurasthénique, c'est une diminution notable de la motilité de l'estomac ;

six heures après le repas, il contient encore des aliments, quelquefois même le matin, à jeun, l'évacuation n'en est pas encore complète. L'innervation des muscles de l'estomac est troublée par défaut, au même titre que l'innervation des glandes gastriques. L'atonie est tout à la fois glandulaire et motrice. Cependant l'estomac n'est pas toujours réellement dilaté. Le jeune homme dont j'ai parlé tout à l'heure et qui avait maigri de 20 kilogrammes en six mois, n'avait pas de dilatation de l'estomac.

Comment expliquer cet amaigrissement rapide et considérable chez des malades dont beaucoup ingèrent cependant une quantité suffisante d'aliments? Comment expliquer encore la longue durée et la ténacité de cette forme sévère de la dyspepsie neurasthénique? Si les nouvelles méthodes d'investigation nous donnent quelques indications sur les altérations du chimisme stomacal, elles ne nous apprennent rien encore sur les troubles, probablement non moins importants, de la digestion intestinale. On ne peut faire que des hypothèses. Il est probable que les sécrétions intestinales et pancréatiques, modifiées à leur tour, ne peuvent plus suppléer à l'insuffisance du suc gastrique. La digestion des substances hydrocarbonées et des graisses est troublée comme celle des matières albuminoïdes. Il est encore vraisemblable que l'absorption intestinale est ralentie au même titre que la sécrétion et la motilité. Quant à la ténacité et à la longue durée de cette forme sévère de la dyspepsie neurasthénique, elle est peut-être imputable à de véritables lésions des nerfs et des centres nerveux du sympathique abdominal, succédant à de simples troubles fonctionnels. M. Jurgens[1] a fait sur ce point des observations

[1] Cité par M. Evald, *Klinik der Verdauungskrankheiten*, Berlin, 1888, II, p. 393.

très dignes d'attention, et qui mériteraient d'être poursuivies et confirmées. Dans quarante et un cas, où pendant la vie on n'avait noté que des symptômes dyspeptiques, il a trouvé une dégénérescence complète des plexus de Meissner et d'Auerbach, ainsi qu'une dégénérescence de la couche musculaire des muqueuses gastrique et intestinale.

Complications. — Trois complications sont plus ou moins communes dans la forme grave de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique : la colite pseudo-membraneuse, la dilatation de l'estomac, l'entéroptose.

Colite pseudo-membraneuse. — La colite glaireuse ou pseudo-membraneuse est une conséquence de la constipation ; du moins elle est toujours associée à l'atonie du gros intestin. Aussi, à des degrés divers, existe-t-elle à peu près dans tous les cas de la forme sévère de la dyspepsie neurasthénique. Les matières fécales, desséchées par un séjour prolongé dans les ampoules du cæcum et du côlon, y provoquent une inflammation chronique de la membrane muqueuse. De là la sécrétion d'un produit pathologique, en grande partie composé de mucus, qui s'épaissit parfois en plaques plus ou moins étendues et qui reste plus ou moins adhérent à la muqueuse qui le sécrète. — Cet état de la muqueuse se traduit par des douleurs spontanées ou provoquées. La pression sur le trajet du gros intestin produit des sensations pénibles ou même douloureuses, particulièrement au niveau du cæcum, du coude droit du côlon et de l'S iliaque. Les douleurs spontanées apparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés, sous forme de coliques qui n'aboutissent pas toujours à l'expulsion des matières fécales. Ces coliques peuvent rester très modérées ; mais elles prennent parfois une grande intensité et simulent

les douleurs violentes de la colique hépatique ou de la colique néphrétique. — Les matières fécales ont un aspect particulier. Elles sont formées de petites masses dures, mêlées à des matières liquides et mélangées à des mucosités plus ou moins abondantes. Ces mucosités adhèrent souvent aux boules fécales et sont quelquefois tachées de stries sanguinolentes. Elles sont aussi isolées et forment des masses glaireuses comparables au blanc d'œuf; ou bien, plus consistantes, elles se présentent sous forme de filaments, de bandelettes, de rubans, longs de plusieurs centimètres, et que bon nombre de malades prennent pour des ténias.

Ces masses glaireuses sont assez souvent expulsées au milieu d'une crise de pseudo-diarrhée, tout à la fois douloureuse et fébrile, qui revêt l'apparence, tantôt d'une fièvre continue, tantôt d'une dysenterie aiguë. La fièvre peut être assez intense, s'élever jusqu'à 40 degrés et durer plusieurs jours. Chez une de mes malades dont les crises se répètent trois ou quatre fois par an, la température s'est élevée jusqu'à 41 degrés. Les masses glaireuses ainsi évacuées peuvent être considérables et les évacuations en être presque exclusivement composées. Elles flottent alors dans un liquide séreux, bilieux, quelquefois sanguinolent. Il semble que l'accumulation des concrétions à la surface de la muqueuse du gros intestin y provoque de temps en temps une fluxion congestive intense qui aboutit au détachement et à l'expulsion en masse d'une partie des pseudo-membranes.

Cette élimination brusque de concrétions plus ou moins adhérentes s'accompagne probablement de la production de quelques érosions à la surface de la muqueuse, comme en témoigne la présence fréquente d'un peu de sang dans les évacuations, et il est vraisemblable que l'accès fébrile est

dû à l'absorption, au niveau de ces érosions, de produits septiques provenant des fermentations intestinales. On sait, d'ailleurs, que la simple constipation s'accompagne parfois d'un mouvement fébrile justifiable, sans doute, de la même interprétation[1]. Cette fièvre des crises de l'entérite glaireuse peut durer plusieurs jours et simuler celle de la dothiénentérie, d'autant plus facilement que la diarrhée ne cesse pas aussitôt après l'expulsion des masses glaireuses.

La colite glaireuse est une complication, sinon réellement grave, du moins très tenace et rebelle au traitement. Elle persiste souvent pendant des années et ne peut être améliorée que par un traitement et une hygiène alimentaire longtemps prolongés.

Dilatation de l'estomac. — Dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, la sonorité de l'estomac est, après le repas, un peu plus étendue qu'à l'état normal. Mais ce n'est pas là la preuve d'une véritable dilatation, ou plutôt cette dilatation est passagère; à l'état de vacuité, hors du temps de la digestion, l'estomac n'a point perdu sa tonicité et il reprend ses dimensions physiologiques. Le deuxième degré de l'atonie gastro-intestinale s'accompagne, au contraire, assez souvent d'une dilatation véritable, c'est-à-dire permanente, de l'estomac.

Cette complication survient dans deux conditions différentes. Elle peut s'établir rapidement et être constatée quelques mois seulement après le début des symptômes neurasthéniques; il semble alors qu'il s'agisse vraiment d'une sorte de dilatation aiguë, causée par une perturba-

1 Potain, Leçons sur la constipation (*Semaine médicale*, 14 août 1889).

tion soudaine et profonde de l'innervation motrice de l'estomac. Chez d'autres malades, et c'est le cas le plus fréquent, la dilatation permanente s'établit lentement, progressivement, et n'est définitivement constituée que plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes dyspeptiques; elle est alors imputable à ces dilatations temporaires qui suivent chaque repas, et qui, sans cesse répétées, finissent par épuiser la tonicité des fibres musculaires.

Je n'ai pas à retracer ici tous les signes de la vraie dilatation. L'estomac contient toujours des gaz et des liquides; il n'arrive pas à l'état de vacuité complète. Aussi, même quand on examine le patient aussi loin que possible des repas, on constate encore le bruit de clapotement. Il n'est pas rare que ce bruit soit perçu à plusieurs travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Malgré l'atonie bien plus complète des tuniques musculaires, le météorisme de la région sus-ombilicale est bien moins prononcé que dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale; le plus souvent même, la paroi abdominale est plutôt flasque et déprimée. Les patients éprouvent quelquefois à l'épigastre des sensations de crampe pénibles, correspondant à des contractions de l'estomac dilaté; mais ces sensations et ces contractions n'ont jamais ni la fréquence ni l'intensité qu'elles acquièrent lorsque la dilatation gastrique est due à l'hyperchlorhydrie ou bien au rétrécissement organique du pylore. Les vomissements sont très rares dans les cas de dilatation neurasthénique. Ils sont dus probablement à une exagération momentanée des fermentations acides anormales, favorisées par la dilatation elle-même et par l'insuffisance de la sécrétion chlorhydrique.

Entéroptose. — Deux causes concourent à produire

l'entéroptose de M. Glénard [1] chez les neurasthéniques atteints de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale : la dilatation de l'estomac elle-même et l'amaigrissement prononcé. L'estomac dilaté est en même temps abaissé ; dans ce mouvement d'abaissement, il entraîne le côlon transverse, puis l'intestin grêle. Ce prolapsus de la masse intestinale est d'ailleurs grandement favorisé par l'amaigrissement qui fait disparaître les couches graisseuses superficielles et profondes, et contribue par conséquent à produire le relâchement de la paroi abdominale, des replis et des ligaments suspenseurs de l'intestin. Quelles que soient l'efficacité de ces deux causes et la réalité de ce mécanisme de l'entéroptose, il est cependant certain que, dans la neurasthénie, l'affection de Glénard est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme. C'est que, chez la femme, aux deux causes procédant de la neurasthénie elle-même, la dilatation de l'estomac et l'amaigrissement, s'ajoutent deux autres causes extrinsèques plus communes encore et surtout bien plus efficaces, à savoir l'extrême distension de la paroi abdominale par les grossesses répétées et la constriction de la taille par l'abus d'un corset toujours trop étroit et trop serré.

On trouvera dans les publications de M. Glénard une description complète de tous les prolapsus des viscères abdominaux dont l'ensemble constitue l'entéroptose. Il me suffira de signaler ce qu'on en observe dans l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. — La paroi antérieure de l'abdomen est amaigrie, relâchée, et s'affaisse. Quand le patient est assis ou debout, la région hypogastrique proémine bien plus qu'à l'état normal, jamais cependant au

[1] Voir, au chapitre de l'*étiologie*, l'indication des travaux de M. Glénard sur l'entéroptose.

même degré dans l'entéroptose de l'homme neurasthénique que dans celle de la femme qui a eu beaucoup d'enfants et porte un corset trop serré. Le patient est-il, au contraire, couché, le ventre est plat, élargi dans les flancs, et, si l'amaigrissement est extrêmement prononcé, il se creuse en bateau. De ce relâchement de la paroi résulte la diminution de la tension abdominale, l'hypotase abdominale, suivant l'expression de M. Glénard. — L'intestin n'est plus dilaté par l'excès des gaz, comme il l'est habituellement dans le premier degré de l'atonie gastro-intestinale; il est plutôt rétracté, diminué de calibre, et cet état fait sans doute obstacle à la progression régulière et à l'absorption des liquides intestinaux. Moins distendues par les gaz, les anses intestinales tendent à tomber de plus en plus vers les régions déclives de la cavité abdominale. Ces prolapsus sont plus communs pour certaines parties du tube digestif, comme le côlon transverse, moins étroitement fixées par les replis du péritoine. — Le foie descend plus ou moins au-dessous du bord des fausses côtes, et cet abaissement du foie, bien plus commun chez la femme que chez l'homme, est encore en majeure partie imputable à l'abus du corset. — Il en de même de l'abaissement des reins, qui porte particulièrement sur le rein droit. Rare chez l'homme, ce prolapsus du rein droit est très commun chez la femme. La palpation méthodique de l'hypocondre, suivant l'ingénieux procédé de M. Glénard, permet aisément à une main un peu exercée de reconnaître que le rein tend à quitter sa loge et à s'abaisser plus ou moins dans la cavité abdominale. Lorsque le prolapsus du rein est poussé très loin, il peut arriver que, dans un déplacement extrême, causé par un effort ou même par la station verticale prolongée, l'uretère subisse une coudure pro-

noncée qui l'oblitère, suspend l'excrétion urinaire et devient ainsi la cause d'un accès d'hydronéphrose intermittente. Cet accès très douloureux simule la colique néphrétique calculeuse ou la colique hépatique..

Je crois très fondée la distinction des deux degrés de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Au premier degré appartiennent des troubles purement fonctionnels et qui procèdent de l'insuffisance des sécrétions gastriques. La nutrition générale ne souffre pas. Le second degré est caractérisé surtout par l'amaigrissement, accessoirement par trois complications d'inégale fréquence, la colite pseudo-membraneuse, la dilatation de l'estomac et l'entéroptose. En général le patient passe progressivement du premier au second degré. Dans quelques cas cependant, les signes de la dilatation et de l'entéroptose sont déjà manifestes peu de temps après le début des symptômes neurasthéniques. Il y a entre tous ces phénomènes morbides des voies digestives une subordination naturelle, que nous permet de découvrir l'observation clinique, dégagée de toute préoccupation théorique et secondée par l'examen du chimisme stomacal. Les troubles des innervations motrice et glandulaire sont les premiers en date, par conséquent les plus importants au point de vue nosologique. La dilatation et l'entéroptose sont des phénomènes secondaires et ne doivent pas être considérées comme la cause première du syndrome de la dyspepsie neurasthénique.

II. TROUBLES DIGESTIFS DIVERS

Le début de la neurasthénie est quelquefois signalé par des *troubles digestifs aigus*, particulièrement lorsque la

névrose succède à un traumatisme ou à une très forte émotion morale. A côté de symptômes nerveux divers, on peut alors observer des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques, de la diarrhée, de l'ictère.

Chez une de mes malades, c'est ainsi que débuta l'épuisement nerveux. Injustement soupçonnée de vol, cette femme fut brusquement arrêtée au milieu des siens et conduite au poste de police. Elle eut un saisissement violent. Elle tremblait de tous ses membres, me dit-elle, et pouvait à peine marcher. Au poste, elle se met à vomir. Bientôt les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, et l'état de la malheureuse paraît s'aggraver à ce point, qu'on l'amène en toute hâte à l'hôpital. Elle est en collapsus; les extrémités sont pâles et froides ; le pouls est presque insensible à l'artère radiale. Au bout de quelques heures, elle était ranimée et ne vomissait plus. Elle resta plusieurs semaines dans mon service. Elle y présenta les symptômes les plus caractéristiques de la neurasthénie, parmi lesquels dominaient l'asthénie motrice, une sensation continuelle de refroidissement et des cauchemars où elle se voyait entraînée par des gendarmes. Elle n'était pas améliorée quand elle sortit de l'hôpital. Il est probable que cette période d'acuité a fait place à un état neurasthénique chronique et de longue durée.

L'*appétit* des neurasthéniques est souvent irrégulier, très capricieux. Quelques malades ont même une inappétence marquée et durable, soit générale, soit pour certains aliments, particulièrement pour la viande. L'anorexie peut être poussée à tel point, qu'elle rappelle celle du cancéreux. Chez d'autres malades, au contraire, la sensation de la faim existe pour ainsi dire à l'état permanent et ne disparaît pas entièrement après l'ingestion des aliments. Une

de mes malades avait sans cesse une provision de pain auprès d'elle, et, toutes les quinze ou vingt minutes, elle en portait un morceau à sa bouche. Beard rapporte le cas d'un jeune neurasthénique qui ne pouvait s'endormir qu'à la condition d'avoir à côté de lui un repas complet qu'il dévorait pendant la nuit. Enfin quelques malades, redoutant les malaises qui suivent l'ingestion des aliments, en réduisent de plus en plus la quantité et arrivent même à supprimer complètement un repas, le plus souvent celui du soir.

La *soif* est rarement vive ; il est même remarquable que bon nombre de patients supportent facilement la diminution des boissons. Cependant quelques neurasthéniques, et particulièrement des femmes, sont tourmentés par le besoin de boire et absorbent de grandes quantités de liquide, même en dehors de leurs repas.

La *langue* est habituellement un peu chargée, et cet état suburral de la langue dure pendant des mois, sans être en aucune façon l'indice d'un véritable catarrhe de l'estomac.

La *déglutition* peut être gênée par un état spasmodique habituel de l'œsophage. Cette dysphagie neurasthénique est cependant très rare. J'en ai rencontré un exemple chez un jeune homme de vingt ans, que la fatigue physique, les privations et de vives préoccupations morales avaient conduit à l'épuisement nerveux. La dysphagie débuta subitement, sans cause appréciable. Un an plus tard, le patient venait mourir de tuberculose aiguë dans mon service d'hôpital. Il n'existait aucune lésion de l'œsophage ni du médiastin pouvant expliquer la dysphagie, laquelle était vraisemblablement due à un état spasmodique de l'œsophage, développé sous l'influence de l'épuisement nerveux.

L'*anorexie nerveuse*, plus connue sous le nom d'anorexie hystérique, appartient plutôt à l'hystérie qu'à la neurasthénie. Je ne l'ai pas rencontrée chez de vrais neurasthéniques.

J'ai plusieurs fois observé une sorte de *crise de salivation* abondante avec sensations gustatives désagréables. La crise survient à jeun ou bien après l'ingestion des aliments.

Le *vomissement nerveux* se rencontre quelquefois chez les jeunes neurasthéniques. Il est comparable au vomissement nerveux des hystériques. Il y en a deux formes qui ne diffèrent que par la gravité. Le vomissement survient aussitôt après l'ingestion des aliments, souvent même pendant le repas. On ne peut guère l'expliquer autrement que par une hyperesthésie permanente de la muqueuse gastrique, dont la moindre excitation, même physiologique, entraîne immédiatement la contraction réflexe de l'estomac lui-même et des muscles qui concourent à l'acte du vomissement. — Dans la forme légère, le vomissement est un peu plus tardif, survient dix à quinze minutes au moins après le repas et n'entraîne qu'une partie des aliments. La nutrition est peu troublée et l'état général reste satisfaisant. — Dans la forme grave, l'évacuation de l'estomac est plus précoce et surtout plus complète. De là le péril de l'inanition. Une jeune fille de seize ans, devenue neurasthénique à la suite d'une très vive frayeur, était atteinte depuis trois mois de cette forme grave du vomissement nerveux ; elle était maigre et pâle, elle avait le pouls très faible et les extrémités froides ; elle était tellement affaiblie, qu'elle ne pouvait plus guère quitter son lit. Il semble que, dans cette forme grave, l'estomac soit dans un état d'éréthisme comparable à celui de la vessie dans certaines cystites

spasmodiques. J'ai vu récemment un second cas de vomissement nerveux chez une femme adulte hystéro-neurasthénique, devenue malade également à la suite d'une violente frayeur. Aussi, j'incline à penser que ce trouble de l'innervation gastrique appartient surtout à la neurasthénie causée par une violente émotion morale.

Parmi toutes mes observations de neurasthéniques, je n'ai qu'un seul cas d'*hypersécrétion gastrique*. Il s'agit d'une jeune femme atteinte depuis de longues années de cette forme de l'épuisement nerveux que je décrirai plus loin sous le nom de neurasthénie féminine. L'estomac est notablement dilaté. Toutes les fois que je l'évacue le matin à jeun, après l'avoir lavé la veille jusqu'à ce que le liquide sorte neutre, j'en retire cent à deux cents grammes et même plus d'un liquide grisâtre, un peu filant, qui présente à un haut degré les réactions de l'acide chlorhydrique et qui digère très activement les cubes d'albumine cuite. S'agit-il d'une pure coïncidence, ou bien l'hypersécrétion gastrique est-elle sous la dépendance de la neurasthénie? Je ne puis trancher la question. En tout cas, les douleurs gastralgiques, signe de l'hyperchlorhydrie, n'ont paru que longtemps après le début des premiers symptômes de l'épuisement nerveux.

La *diarrhée nerveuse* est commune chez les neurasthéniques et procède quelquefois par crises d'une grande intensité. C'est là l'exagération d'un phénomène souvent observé chez des jeunes gens qui, sans être le moins du monde neurasthéniques, sont cependant doués d'une certaine émotivité. J'ai rencontré deux exemples remarquables de cette névrose intestinale. — Un homme de quarante ans est atteint d'épuisement nerveux depuis l'adolescence. C'est un neurasthénique héréditaire. De temps en temps,

inopinément, sans qu'il puisse mettre en cause un écart de régime, le patient est pris de coliques modérées, mais avec bruyants borborygmes et besoins pressants d'aller à la selle. En quelques heures, il évacue une grande quantité de liquide séreux, légèrement teinté par la bile. Pendant cette crise diarrhéique aiguë, qui dure deux ou trois heures, la percussion et la succussion de l'abdomen provoquent un bruit de clapotement au niveau et au-dessous de l'ombilic. La crise terminée, le malade est abattu pendant le reste de la journée, mais le lendemain il peut reprendre ses occupations. A l'époque où ces crises diarrhéiques étaient fréquentes, il n'y avait pas d'autres troubles digestifs bien manifestes ; depuis quelques années, elles sont devenues beaucoup plus rares, et ce fait a coïncidé avec le développement du premier degré de l'atonie gastro-intestinale. — Un homme de quarante-cinq ans a fait de grandes pertes d'argent qui l'ont à peu près complètement ruiné. Depuis cette époque, il ne dort plus, il se sent faible, il souffre constamment de la tête, il n'a plus d'appétit et il a souvent dans l'abdomen une sensation singulière pour laquelle il vient me consulter. « Toutes mes émotions, me dit-il, je les éprouve dans le ventre. C'est un malaise indéfinissable, comme lorsque j'ai très faim, puis j'entends des gargouillements dans mon ventre et je sens le besoin d'aller à la selle ; j'y vais, et le plus souvent je rends une grande quantité d'eau. » Fait curieux, cette crise intestinale se produit invariablement toutes les fois que le patient rencontre dans la rue une des personnes auxquelles il attribue la perte de sa fortune. Il doit alors rentrer précipitamment chez lui pour satisfaire un besoin pressant.

M. Cherchewsky[1] a appelé l'attention sur une autre

[1] Cherchewsky, *Revue de médecine*, 1883, p. 878 et 1033.

névrose de l'intestin, également observée dans le cours de la neurasthénie, et qui peut être envisagée comme une sorte d'*iléus nerveux*. Tous les malades dont il rapporte les observations dans son mémoire sont, comme il le dit expressément lui-même, de véritables neurasthéniques. L'accès de cette névrose de l'intestin consiste essentiellement dans le développement rapide de phénomènes d'obstruction intestinale, survenant le plus souvent à la suite d'un travail intellectuel exagéré, d'une fatigue physique ou encore d'une préoccupation morale vive où domine le sentiment de la responsabilité. La crise elle-même est précédée d'un signe prémonitoire, auquel l'auteur attache une grande valeur, soit au point de vue du diagnostic, soit à celui de l'interprétation des symptômes. C'est une modification constante des matières fécales qui, dans les quelques jours qui précèdent la crise, deviennent de plus en plus étroites, comme passées à la filière, jusqu'à ne plus avoir que le calibre d'un crayon.

L'accès éclate soudainement. Le patient est pris de douleurs abdominales, surtout dans les hypocondres, au-dessous des fausses côtes ; puis survient un énorme ballonnement du ventre. Le météorisme est général, mais en certains points il paraît plus prononcé, et ces sortes de tuméfactions gazeuses se déplacent dans la cavité abdominale. Les douleurs, les coliques deviennent de plus en plus vives et générales. Puis apparaissent des nausées et des besoins d'aller à la selle, besoins que le patient ne peut satisfaire. L'extrême ballonnement du ventre trouble la respiration qui devient haletante et superficielle. Les battements du cœur sont ralentis, et le ventricule droit se dilate ; de là une certaine cyanose de la face et des extrémités. Accablé par toutes ces sensations dou-

loureuses, le patient est profondément déprimé, et quelquefois il est pris d'évanouissements. Les purgatifs aggravent toujours la situation et ne triomphent pas de la constipation, laquelle cède, au contraire, à l'emploi des narcotiques et surtout de la codéine. L'accès dure de quelques heures à plusieurs jours, une semaine dans quelques cas. Il cesse aussi brusquement qu'il avait débuté, et la terminaison en est annoncée par d'abondantes évacuations.

Dans les commentaires dont il accompagne ses observations, l'auteur insiste sur le caractère purement nerveux de ces troubles fonctionnels, trop souvent attribués à une entérite chronique qui n'existe pas. Il s'agirait très vraisemblablement d'un état spasmodique de l'intestin, pouvant aller jusqu'à l'occlusion complète. M. Cherchewsky présume encore que cette névrose de l'intestin est assez commune chez les neurasthéniques. Je crois, au contraire, que ce doit être une affection très rare, car je ne l'ai pas encore rencontrée, bien que j'aie vu déjà et suivi longtemps beaucoup de malades atteints d'épuisement nerveux.

CHAPITRE VI

FORMES CLINIQUES DE LA NEURASTHÉNIE

Tous les auteurs qui ont écrit sur la neurasthénie n'ont pas manqué de faire remarquer combien les symptômes sont nombreux et combien diverses les associations de ces symptômes. Aussi a-t-on coutume pour mieux caractériser cette maladie et en faciliter le diagnostic, d'en décrire les principales formes cliniques. Ces formes sont fondées, soit sur la prédominance de quelques phénomènes morbides, soit sur l'influence plus décisive de certaines causes. En effet, plusieurs conditions étiologiques impriment une physionomie propre à la névrose.

Dans son dernier ouvrage sur la neurasthénie génitale, Beard[1] distingue sept formes cliniques : la *cérébrasthénie*, la *myélasthénie*, la *forme gastrique*, la *forme génitale*, la *neurasthénie traumatique*, l'*hémineurasthénie*, la *forme hystérique* ou *hystéro-neurasthénie*. On a décrit d'autres formes encore; telles sont les formes

[1] Beard, *loc. cit.*

névralgique, cardiaque, mentale ou psychique, auxquelles M. Pitres ajoute la forme monosymptomatique, comparable à une forme analogue de l'hystérie. M. Bouchut[1] distingue une forme aiguë du nervosisme ; or le nervosisme appartient à la neurasthénie.

Il y a des inconvénients à multiplier ces formes cliniques ; aussi je ne décrirai pas toutes celles que je viens de nommer.

Le terme de *neurasthénie gastrique* est très employé surtout en Allemagne. On en fait souvent le synonyme de *dyspepsie nerveuse*, expression transitoire et qui peut servir à désigner momentanément certaines dyspepsies sans lésion et dont la nature est encore obscure. La confusion est fâcheuse. Il vaudrait mieux réserver le nom de neurasthénie gastrique à la neurasthénie vraie dans laquelle dominent les troubles des fonctions digestives. Il y a certainement des cas de ce genre. Chez quelques malades, les causes les plus communes de la névrose, les passions dépressives par exemple, semblent agir d'une façon très spéciale sur l'estomac. Ces patients ont peu de troubles cérébraux ou spinaux, et ils présentent de bonne heure les symptômes de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. En quelques mois, ils maigrissent et perdent leurs forces. Les symptômes cérébraux et spinaux sont peu prononcés ; ils existent cependant et le plus souvent même ils ont signalé le début de la maladie nerveuse.

La *neurasthénie cardiaque* se distingue par l'intensité et la prépondérance des troubles de la circulation. Les malades souffrent de palpitations fréquentes, d'accès d'an-

1 Bouchut, *Du nervosisme et des maladies nerveuses*, 2e édition, Paris, 1877.

gine de poitrine vaso-motrice, de poussées congestives vers la tête, etc. Dans le chapitre des symptômes, j'ai appelé l'attention sur la tachycardie neurasthénique permanente, dont j'ai distingué deux formes, l'une bénigne et l'autre grave. Or il est des malades chez lesquels cette tachycardie domine tout à fait le tableau clinique et n'est accompagnée que de quelques troubles cérébraux ou spinaux peu prononcés.

Dans la *forme névralgique*, les nerfs et les centres sensitifs sont particulièrement intéressés. Les patients souffrent de douleurs névralgiformes, mobiles et changeantes, dans la tête, dans les membres, dans les espaces intercostaux. A ces névralgies des nerfs périphériques s'ajoutent parfois des névralgies viscérales, dont les plus communes sont les viscéralgies abdominales : points douloureux de l'intestin grêle et du gros intestin, douleurs de la vessie, douleurs des fosses iliaques, névralgie de l'urètre, névralgie du rectum de Neftel, etc.

Ces trois formes reposent sur la prépondérance des troubles digestifs, cardiaques et sensitifs. Il est probable que les malades qui en sont atteints présentent une susceptibilité particulière des voies digestives, du cœur et des organes sensitifs du système nerveux. On sait d'ailleurs que, chez certains individus, les émotions retentissent moins fortement sur le cerveau lui-même que sur le cœur et les voies digestives.

En parlant d'*hémineurasthénie*, Beard a voulu signaler ce fait, d'ailleurs peu commun, à savoir que certains symptômes neurasthéniques ont une tendance à rester localisés à l'une des deux moitiés du corps. Tels sont la migraine, les douleurs névralgiques, les mouches volantes, les bourdonnements dans les oreilles. Il en est ainsi dans

l'hystérie où cette tendance est encore plus accusée, témoin la fréquence des hémianesthésies hystériques.

En décrivant la neurasthénie héréditaire, je dirai quelques mots de la *forme mentale*.

Dans la *forme monosymptomatique* de M. Pitres, il s'agit d'une sorte d'hypocondrie. Les malades ne présentent pas d'autres symptômes qu'une préoccupation excessive à propos de certaines sensations. Ce sont des femmes obsédées par des sensations clitoridiennes, des hommes sans cesse occupés de l'état de leur langue. Est-ce bien là de la neurasthénie? L'hystérie monosymptomatique est rigoureusement établie, car le symptôme unique, mutisme, paralysie, contracture, est un trait bien connu, détaché du tableau de la névrose; il a les caractères ordinaires du symptôme hystérique. En est-il de même de cette neurasthénie monosymptomatique?

Il y a une grande et une petite hystérie. La première est caractérisée par l'existence des principaux symptômes et surtout des grandes attaques. On pourrait établir une distinction analogue pour la neurasthénie. A côté des formes où les symptômes cardinaux sont très accusés, il y a beaucoup d'états nerveux moins bien caractérisés, de durée et de gravité beaucoup moindres, auxquels conviendrait assez bien le nom de *petite neurasthénie*. J'ai rencontré un grand nombre de cas de ce genre, même dans la pratique hospitalière, et à propos desquels le mot de neurasthénie me paraissait exagéré. Ce sont des hommes et des femmes, d'une santé habituellement très satisfaisante, et qui, sous l'influence d'une fatigue exagérée du corps ou de l'esprit ou bien encore à la suite d'une émotion morale, présentent momentanément quelques symptômes de faiblesse et d'irritabilité nerveuses. Ils sont abattus, dorment mal,

ont peu d'aptitude au travail ; ils éprouvent quelques malaises épigastriques après le repas et se plaignent d'accès de palpitations. Mais l'équilibre du système nerveux n'est pas aussi troublé que dans la vraie neurasthénie. Le traitement est bien plus efficace. L'hydrothérapie et quelques semaines ou quelques mois de repos suffisent le plus souvent à procurer une guérison complète et durable.

Je décrirai seulement les formes cliniques qui présentent une physionomie particulière et qu'il est important de bien connaître au point de vue du diagnostic et du traitement. Ce sont les neuf formes cliniques suivantes :

La *neurasthénie cérébro-spinale ;*
La *neurasthénie cérébrale* ou *cérébrasthénie ;*
La *neurasthénie spinale* ou *myélasthénie ;*
La *neurasthénie aiguë ;*
La *neurasthénie héréditaire ;*
La *neurasthénie féminine ;*
La *neurasthénie génitale ;*
L'*hystéro-neurasthénie ;*
L'*hystéro-neurasthénie traumatique.*

Toutes ces formes n'ont pas une égale importance. La forme aiguë est fort rare et peut être contestable ; elle réclame de nouvelles observations plus précises. Les formes féminine et génitale sont communes et l'une et l'autre ont un traitement spécial ; je les ai décrites avec les développements nécessaires. Enfin je consacre tout un chapitre à l'hystéro-neurasthénie traumatique. Cette forme est connue depuis quelques années seulement et déjà elle possède une riche littérature.

I. NEURASTHÉNIE CÉRÉBRO-SPINALE. CÉRÉBRASTHÉNIE. MYÉLASTHÉNIE

Neurasthénie cérébro-spinale. — Dans la majorité des cas, l'épuisement de la force nerveuse intéresse tout à la fois le cerveau, la moelle épinière et même le système du grand sympathique. La neurasthénie cérébro-spinale est la plus commune. On y observe des associations diverses des troubles cérébraux, spinaux et viscéraux que j'ai précédemment décrits. Le patient est un homme surmené mentalement et physiquement, ou bien encore c'est une femme qui depuis longtemps vit sous l'influence d'une passion dépressive. La forme cérébro-spinale est également observée à la suite des traumatismes qui ébranlent le système nerveux sans y provoquer de véritables lésions. Les principaux symptômes cérébraux sont l'affaiblissement de la volonté, l'émotivité, la diminution de la mémoire, la céphalée et l'insomnie. L'épuisement des centres spinaux se manifeste par l'asthénie motrice, la rachialgie, les douleurs névralgiques dans les membres, l'impuissance plus ou moins complète. Quant aux troubles viscéraux qui s'ajoutent à ceux du cerveau et de la moelle épinière, les plus communs sont l'atonie gastro-intestinale, l'irritabilité du cœur et les modifications de l'innervation vaso-motrice.

Du reste, dans la plupart des cas de cette forme cérébro-spinale, le tableau clinique n'est pas immuable. Ce sont tantôt les symptômes cérébraux et tantôt les symptômes spinaux qui sont particulièrement prononcés. Il peut arriver que, bien qu'il souffre d'insomnie et d'inaptitude au travail intellectuel, le patient puisse rester debout, marcher longtemps, travailler de ses mains, sans éprouver une sensation

de fatigue. A d'autres moments, au contraire, le cerveau se montre capable d'une certaine activité, tandis que l'asthénie motrice condamne le malade au repos prolongé. Comme le fait judicieusement observer Beard, ces neurasthéniques sont besoin d'une direction médicale constante, et le même traitement ne convient pas à toutes les périodes de leur maladie.

Cérébrasthénie. — Dans la cérébrasthénie, ou forme cérébrale de l'épuisement nerveux, les symptômes dominent du côté de l'encéphale et les centres spinaux sont médiocrement ou même ne sont pas du tout intéressés. La cérébrasthénie se rencontre naturellement plus souvent chez les gens dont le cerveau est surmené, soit dans la sphère des facultés intellectuelles, soit dans celle des facultés affectives. La céphalée, la sensation de constriction céphalique, la douleur à la nuque, la dépression morale, l'émotivité, les symptômes d'excitabilité des sens, surtout de la vue et de l'ouïe, l'exacerbation de tous les malaises sous l'influence d'un effort intellectuel, les états d'anxiété, l'affaiblissement de la mémoire et de la volonté, souvent le second degré de l'atonie gastro-intestinale avec constipation très prononcée, quelquefois aussi des troubles de la sensibilité générale, comme les sensations de fourmillement dans les membres, tels sont les symptômes le plus communément observés dans les cas de cérébrasthénie. Assurément tous ces phénomèmes ne se rencontrent pas ensemble chez le même malade. Ils se combinent de diverses façons, sans qu'il soit d'ailleurs possible de saisir aucune loi dans ces nombreuses associations.

Voici quelques exemples de cérébrasthénie. — Un homme de quarante ans, neurasthénique probablement héréditaire, a souffert de migraines pendant l'adolescence.

C'est à la suite de grandes préoccupations d'affaires et d'un travail excessif, que sont apparus les symptômes de l'épuisement nerveux. Il a une céphalée habituelle avec douleur à la nuque; l'insomnie est fréquente et le sommeil souvent troublé par des rêves. L'atonie gastro-intestinale présente les symptômes du premier degré; il n'y a pas d'amaigrissement. Enfin le patient a la peur de l'espace, à ce point qu'il ne peut plus traverser la rue qu'il habite. — Un ouvrier adulte est devenu neurasthénique à la suite de pertes d'argent et de chagrins de famille. Celui-là souffre depuis des années d'une céphalée tellement intense, qu'elle a fait croire à l'existence d'une tumeur cérébrale. L'incapacité pour le travail est absolue ; dès qu'il veut reprendre sa profession, la céphalée s'exaspère encore ; il est devenu irritable, capricieux; il n'a plus ni courage ni volonté. Il ne sort guère, car, hors de chez lui, il est souvent atteint d'accès vertigineux. L'atonie gastro-intestinale a dépassé le premier degré ; l'amaigrissement est très prononcé, le ventre affaissé, l'estomac notablement dilaté. Le patient a ainsi vécu pendant de longues années ; ses troubles cérébraux s'étaient améliorés cependant, mais il a fini par devenir tuberculeux et il est mort de tuberculose bronchopneumonique subaiguë. — Un homme de lettres s'est surmené longtemps, écrivant beaucoup, s'occupant activement de la rédaction et de la direction de plusieurs journaux, prenant une part très vive aux luttes politiques. La santé générale n'a pas souffert ; l'embonpoint est notable, le visage frais et coloré. Cet homme a de la peine à faire croire qu'il est réellement malade. Cependant il a dû renoncer à toutes ses occupations. Il a des vertiges, parfois très violents, surtout le matin à jeun, dès qu'il sort de son lit. Il ne peut plus écrire quelques

lignes sans éprouver une fatigue cérébrale extrême. Il se plaint d'une douleur constante à la nuque. Pendant plusieurs mois, il a souffert d'insomnie. L'élocution est devenue pénible ; elle était autrefois facile et même brillante. Dans une réunion, où jadis il jouait le rôle actif, il évite de prendre la parole. A chaque instant, il est assailli d'idées hypocondriaques ; chaque nouveau malaise lui ramène la crainte d'une nouvelle maladie. Il redoute surtout une maladie du cœur ou du cerveau. Le repos complet, le séjour prolongé à la campagne et l'hydrothérapie à dose modérée ont notablement amélioré son état. — Un homme d'affaires est devenu neurasthénique à la suite de vives émotions et de très grands revers de fortune qui l'ont jeté dans une de ces situations précaires où l'amour-propre est exposé à d'incessantes tribulations. Chez lui, la maladie dure depuis deux ans, et, pour combattre sa dépression habituelle, il s'est laissé aller à abuser de l'alcool. Il a des mouches volantes, des éblouissements subits, une douleur continue à la nuque, des bourdonnements et des sensations de battements dans les oreilles, des accès de dépression morale profonde pendant lesquels il se croit atteint d'un mal incurable, des vertiges subits, une extraordinaire émotivité, une tendance étrange à l'exagération des sentiments affectifs, à ce point que le retour de son frère, absent depuis quelques jours, lui cause un accès de véritable ivresse. Cependant les facultés intellectuelles sont peu touchées, du moins au dire du malade ; le travail est encore possible et la mémoire ne paraît pas diminuée. Tous les symptômes, et particulièrement la dépression morale, s'aggravent d'une façon remarquable à l'approche des temps orageux.

Myélasthénie. — Dans la myélasthénie ou forme spinale

de l'épuisement nerveux, les phénomènes morbides dominent du côté de la moelle épinière et des nerfs périphériques. L'appareil génital est souvent intéressé. Les principaux symptômes sont : la rachialgie, l'hyperesthésie de la colonne vertébrale, quelquefois limitée à la région cervicale ou à la région sacrée, les douleurs névralgiques du thorax, celles des membres, les fourmillements, les crampes dans les extrémités, l'impotence motrice et la sensation d'effondrement des membres inférieurs, la spermatorrhée, l'impuissance, le refroidissement des mains et des pieds, les troubles de l'innervation vaso-motrice, ceux des sécrétions muqueuses et cutanées. L'atonie gastro-intestinale est à des degrés divers associée à la myélasthénie, comme elle l'est à la cérébrasthénie.

On peut aussi distinguer plusieurs types cliniques de l'épuisement nerveux intéressant particulièrement ou même exclusivement les centres médullaires. — Dans certains cas, ce qui domine, ce sont les douleurs dans le dos, la rachialgie, l'hyperesthésie de la colonne vertébrale, les douleurs névralgiques intercostales, abdominales, lombo-abdominales. Ce syndrome neurasthénique répond à ce qu'on décrit encore aujourd'hui sous le nom d'irritation spinale. — Une forme de la myélasthénie, celle-là plus commune chez l'homme que chez la femme, est remarquable par l'analogie trompeuse qu'elle présente avec le stade préataxique de l'ataxie locomotrice. C'est une sorte de pseudo-ataxie. Les patients ressentent dans les membres inférieurs des accès de douleurs lancinantes, fulgurantes, comparables à celles qui signalent le début du tabès. Ils ont également des douleurs dans la région dorsale et autour de la base du thorax. Il est vrai que ces paroxysmes douloureux sont généralement moins intenses

que ceux de l'ataxie locomotrice. Ils peuvent durer fort longtemps, dix ans chez un de mes malades, sans qu'on observe aucun signe de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière. Il n'y pas d'anesthésie, pas de troubles oculaires, pas d'incoordination motrice, et les réflexes rotuliens sont plutôt exagérés que diminués. — Un autre type clinique de la myélasthénie simule le rhumatisme vague ou la goutte. La plupart de ces malades sont, en effet, longtemps considérés comme des rhumatisants ou des goutteux. Ils ont des douleurs un peu partout, dans le tronc, dans les membres, au niveau des articulations. Tantôt ces douleurs sont très vives, lancinantes, mais de courte durée, comme certaines douleurs goutteuses ; tantôt elles se fixent d'une façon plus durable sur une jointure ou sur le trajet d'un nerf, à la manière des douleurs rhumatismales. Un examen plus complet de ces neurasthéniques révèle la nature véritable de leurs sensations douloureuses ; ils ont aussi de la rachialgie, des accès de faiblesse des membres inférieurs, de l'atonie gastro-intestinale et même quelques symptômes cérébraux, tels que la céphalée, l'insomnie et l'inaptitude au travail intellectuel.

Il n'est pas indifférent, surtout au point de vue du traitement, de bien établir la distinction entre la cérébrasthénie et la myélasthénie, et Beard insiste avec raison sur l'importance pratique de cette distinction. Le même traitement ne convient pas indifféremment à l'une et à l'autre forme de l'épuisement nerveux. L'exercice physique peut être utile au cérébrasthénique et fâcheux, au contraire, pour le myélasthénique. Dans toutes les formes de la myélasthénie, la marche, les mouvements soutenus des bras et des jambes, la station verticale prolongée sont mal supportés

et aggravent quelquefois toutes les sensations pénibles et douloureuses. C'est souvent le contraire qu'on observe dans les cas de cérébrasthénie. Le malade conserve sa force musculaire; il peut se tenir longtemps debout et marcher sans fatigue exagérée ; il recherche même le mouvement et se trouve parfois soulagé de ses souffrances cérébrales à la suite de quelque exercice physique. La conséquence de cette distinction, c'est qu'on peut conseiller le mouvement au cérébrasthénique, tandis qu'il peut être nécessaire de l'interdire au myélasthénique.

II. NEURASTHÉNIE AIGUË

Beaucoup d'états neurasthéniques chroniques ont débuté par une période d'acuité. Les symptômes les plus caractéristiques de la névrose ont paru en quelques jours ou même en quelques heures. J'ai cité des cas de ce genre en faisant l'étude des causes de la neurasthénie. Il s'agit le plus souvent d'une cause dont l'action est tout à fait brusque et provoque un violent ébranlement du système nerveux. C'est une émotion soudaine, une frayeur intense, un traumatisme. Dès la première nuit, le patient ne dort pas ou son sommeil est troublé par des cauchemars, et le lendemain il peut déjà présenter les symptômes cardinaux de la neurasthénie, la céphalée, la dépression cérébrale, l'asthénie motrice, la rachialgie, l'atonie gastro-intestinale, symptômes auxquels s'ajoutent souvent encore le tremblement des membres et les palpitations. Mais ce n'est point là à proprement parler une neurasthénie aiguë, car la maladie nerveuse va durer longtemps et prendre désormais les allures d'une maladie chronique.

Par neurasthénie aiguë, il faudrait entendre celle qui, après un début brusque, évolue rapidement et se termine en quelques semaines, à la façon d'une maladie aiguë. Existe-t-il des états neurasthéniques qui présentent cette évolution rapide? Beard n'y fait aucune allusion. Tous les auteurs qui, récemment, ont écrit sur la neurasthénie ne parlent que d'une neurasthénie chronique et insistent même sur la longue durée de la névrose.

M. Bouchut est le seul observateur qui fasse mention d'une forme aiguë. Il distingue, en effet, deux formes du nervosisme, l'une aiguë et l'autre chronique. Le nervosisme aigu serait caractérisé, non seulement par une marche plus rapide, mais aussi par l'existence de la fièvre. Le chapitre consacré au nervosisme aigu contient neuf observations. — Deux de ces cas sont empruntés à Latour[1] et datent de 1859. L'un de ces deux cas s'est terminé par la mort. J'en reproduis la relation textuelle : « Une jeune femme de vingt-cinq ans, saine et bien portante, se marie à un homme de l'art qui, par sa profession, reçoit tous les jours dans son cabinet un assez grand nombre de dames. La jalousie, une jalousie implacable, s'empare de son esprit. Elle en perd le boire et le manger. Elle s'affaiblit, s'alite ; une petite fièvre hectique survient ; six semaines après, moins de trois mois après le début de l'affection morale, elle meurt hectique. Autopsie : rien, rien, rien, malgré l'examen le plus minutieux. » Cette observation est bien succincte. Il y a là un état vésanique et surtout une inanition qui dure trois mois et qui peut bien suffire à expliquer la terminaison fatale. — Les autres observations sont rapportées en quelques mots seulement, comme deux

[1] Latour, *Union médicale*, 1859.

cas empruntés à Beau, ou bien elles laissent place au doute, car, dans plusieurs de ces observations, les malades ont eu des hallucinations intenses de la vue et de l'ouïe, et ces symptômes n'appartiennent guère à la neurasthénie.

Dans la première édition de cet ouvrage, j'ai donné la relation d'une observation personnelle que j'ai considérée comme un exemple de neurasthénie aiguë. La maladie avait débuté brusquement, duré trois semaines environ et la patiente avait paru complètement guérie. Mais cette guérison ne s'est pas maintenue. Cette jeune femme que j'ai revue souvent est toujours neurasthénique. C'est un cas de neurasthénie chronique à début aigu.

La fièvre serait un des caractères importants de la forme aiguë ou des périodes d'acuité de la neurasthénie. Les anciens auteurs ont beaucoup parlé de la fièvre nerveuse. Il en est moins question aujourd'hui. Sur un grand nombre de neurasthéniques, je ne l'ai jamais observée. La jeune femme dont je viens de parler avait des sensations de froid et de chaleur telles, qu'elle affirmait avoir de la fièvre. J'ai toujours trouvé sa température normale. Certes je ne nie pas l'existence de cette fièvre purement nerveuse, sans lésion locale et sans processus infectieux. M. Huchard[1] en cite un exemple dans lequel le mouvement fébrile avait une marche nettement périodique. M. Bouchut, dans la description générale qu'il donne du nervosisme aigu, écrit que la chaleur de la peau s'élève à 38 ou 39 degrés. Enfin, plus récemment, M. Oppenheim[2] a vu des accès fébriles à 39 degrés dans des cas de névrose traumatique, et

[1] Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses*, 2e édition, 1883, p. 880.
[2] Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, 1889, p. 122.

sans qu'aucune complication intercurrente pût expliquer cette élévation de la température. D'ailleurs la fièvre de cause exclusivement nerveuse se montre dans d'autres névroses que la neurasthénie; l'existence d'une fièvre hystérique paraît bien démontrée, et M. Bertoye[1] vient d'étudier celle du goitre exophtalmique.

Quoi qu'il en soit, la forme aiguë de la neurasthénie n'est pas rigoureusement établie. On peut encore exiger pour l'admettre des observations plus complètes et plus précises. Il est à désirer surtout que, dans tous les cas où l'on présume l'existence de la fièvre nerveuse, les notations thermométriques soient faites avec grand soin, car l'accélération habituelle du pouls et les troubles vaso-moteurs, si fréquents chez les neurasthéniques, donnent souvent l'image trompeuse de la fièvre.

III. NEURASTHÉNIE HÉRÉDITAIRE

L'hérédité est la grande cause des maladies nerveuses. Elle s'exerce quelquefois seule et suffit à provoquer le développement de la neurasthénie. Dans d'autres cas, elle prépare le terrain et la moindre cause occasionnelle fait éclore la névrose. Or, nous avons vu combien les causes occasionnelles sont fréquentes. Les prédestinés aux maladies nerveuses peuvent bien traverser la vie sans être frappés d'une psychose ou d'une maladie organique grave, mais ils échappent plus rarement à la neurasthénie. L'époque de la puberté est pour eux une étape difficile à franchir. Ils sont très exposés à la neurasthénie génitale. Enfants, ils s'étaient adonnés à la masturbation; jeunes

[1] Bertoye, thèse de Lyon, 1888.

gens, ils conservent cette habitude ou se livrent sans modération aux plaisirs sexuels.

Le début de la neurasthénie héréditaire est généralement très précoce. Legrand du Saulle[1] a tracé le tableau des jeunes années du névropathe prédestiné à la folie héréditaire. Or plusieurs des traits de ce tableau s'observent aussi chez les enfants voués à la forme héréditaire de la neurasthénie. Ces enfants sont de bonne heure excitables; ils ont des terreurs nocturnes et sont facilement pris de convulsions; quelques-uns sont somnambules. Un léger mouvement fébrile est une cause de délire. Ils deviennent bizarres, excentriques, querelleurs. Ce sont des écoliers difficiles, ils font le désespoir de leurs parents et de leurs maîtres. Quelques-uns présentent un développement précoce et remarquable de certaines facultés intellectuelles, particulièrement de la mémoire, mais ce développement s'arrête de bonne heure, et, dans la vie, ces écoliers brillants ne tiennent pas ce qu'ils avaient promis.

Les premières manifestations de la névrose se montrent aux approches de la puberté. Ce sont souvent des accès de migraine, intenses, fréquents, survenant sans cause appréciable, et qu'il ne faut pas confondre avec la céphalée des adolescents. Cette migraine se distingue aussi de la céphalée neurasthénique. Elle peut durer fort longtemps, mais en général elle s'atténue à mesure que le patient avance en âge et souffre d'autres symptômes nerveux. De vingt-cinq à trente ans, quelquefois plus tôt, apparaissent des symptômes de cérébrasthénie, parmi lesquels dominent des modifications du caractère, certains états de l'esprit qui confinent aux psychoses, quelques-unes des

[1] Legrand du Saulle, *La Folie héréditaire*, Paris, 1873.

formes de l'anxiété neurasthénique. Si le névropathe héréditaire est frappé de neurasthénie génitale, cette névrose s'accompagnera de troubles spinaux particulièrement intenses. Le plus souvent le tableau clinique présente des changements nombreux, chaque circonstance de la vie pouvant être la cause occasionnelle de nouveaux symptômes.

Une de mes observations donnera l'image assez exacte de la neurasthénie héréditaire. — M. X... est âgé de quarante-trois ans, et la maladie dont il souffre remonte à l'adolescence. L'hérédité est assez chargée ; il y a tout à la fois dans sa famille des arthritiques et des nerveux. Je n'ai pas eu de renseignements sur l'époque de la puberté ; je sais seulement que, à ce moment, M. X... commença à souffrir d'accès de migraine qui l'obligeaient à garder le lit et se terminaient par des vomissements. — Vers l'âge de vingt-cinq ans, la migraine devient moins fréquente, puis elle disparaît à peu près complètement. Elle est remplacée par un mal de tête peu douloureux, mais à peu près continu. A ce moment-là, la digestion était difficile et la constipation très habituelle. Déjà le patient était très émotif; il se rappelle très bien qu'une émotion un peu vive lui causait un tremblement nerveux de tout le corps et surtout des mains. — Malgré tous ces malaises, il entra dans les affaires et prit la direction d'une maison de commerce. Il fut obligé à de fréquents voyages. Ce fut une nouvelle source de tourments. La pensée de se mettre en route lui causait une vive anxiété. Bientôt il fut pris en chemin de fer de véritables accès de vertige. — A l'âge de trente ans, apparurent des crises de diarrhée nerveuse, qui, moins fréquentes aujourd'hui, n'ont cependant pas entièrement disparu. Tout d'un coup, et sans qu'il puisse

accuser un écart de régime, le patient est pris de coliques peu douloureuses, mais accompagnées de bruyants borborygmes, il éprouve un pressant besoin d'aller à la selle et il évacue, en quelques minutes, une grande quantité de liquide. Le flux intestinal cesse promptement, et cette spoliation séreuse, sans doute vite réparée, ne laisse pas un abattement de longue durée. — Vers l'âge de trente-cinq ans, survient un nouveau symptôme; c'est une congestion subite de la face avec bourdonnements d'oreille, sensations vertigineuses et tendance à la syncope. Cette congestion paroxystique de la tête fut l'origine des premières préoccupations hypocondriaques. Le patient se croyait sans cesse menacé d'apoplexie. Depuis, l'hypocondrie n'a point cessé, mais elle a changé d'objets. A cette époque se place encore le début d'une étrange susceptibilité, réelle ou imaginaire, à l'égard des médicaments, de certains aliments et de certaines boissons : un milligramme de morphine est une dose dangereuse, un demi-verre de vin blanc produit une diurèse abondante. Avec les poussées congestives vers la tête alternent des palpitations, des crises de fourmillements et de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, des sensations de lassitude extrême, une fatigue des yeux provoquée par la lecture et l'écriture. — Un peu plus tard, ce sont les troubles digestifs qui dominent la scène. A la suite d'un repas, même modeste et composé d'aliments choisis, le patient éprouve une sensation pénible de gonflement à l'épigastre, puis il expulse des gaz en quantité et chaque émission gazeuse s'accompagne d'un grand soulagement. C'est du côté de l'estomac que sont tournées les préoccupations hypocondriaques; très souvent le patient me prie d'examiner soigneusement son estomac, qui, dit-il, doit être

atteint d'atrophie, de cancer ou d'ulcère. Parfois il tombe dans des accès de découragement profond, il ne veut voir personne, reste chez lui et renonce momentanément à ses affaires. Je le rassure aisément, et il reprend sa vie habituelle, jusqu'à l'apparition d'un nouvel accès. Une absence de son médecin l'inquiète et augmente son anxiété. Lui-même n'ose se déplacer; il est resté huit jours hésitant à se mettre en route. — L'histoire de ce malade met assez bien en lumière la multiplicité et la variabilité des symptômes que peut présenter la neurasthénie héréditaire. Pendant cette longue période qui dure vingt-cinq à trente ans, il y a bien des changements dans le tableau clinique, et nous voyons se succéder de nombreuses associations des troubles fonctionnels du système nerveux. Les symptômes gastriques et intestinaux y jouent un grand rôle, mais il est évident qu'ils sont secondaires et procèdent de l'épuisement général du système nerveux, bien loin qu'on puisse les considérer comme l'origine des autres troubles nerveux, cérébraux, médullaires et vaso-moteurs. Les préoccupations hypocondriaques font aussi partie du tableau clinique, mais elles y présentent des caractères tels, qu'elles ne peuvent être confondues avec l'hypocondrie vésanique.

Après la précocité du début, un autre caractère important de la neurasthénie héréditaire en est la longue durée, la ténacité, la résistance au traitement. Il semble que le système nerveux doive à l'hérédité névropathique une organisation telle, qu'il soit désormais condamné à fonctionner d'une façon déréglée. De plus, les maladies intercurrentes empruntent à cette organisation une allure spéciale ; les réactions nerveuses y sont plus intenses et plus durables. En général, le neurasthénique héréditaire reste

neurasthénique jusqu'à la fin de ses jours. On peut bien obtenir l'atténuation ou la disparition de certains symptômes, souvent même ces symptômes cessent spontanément, mais ils sont aussitôt remplacés par d'autres troubles fonctionnels.

Les symptômes de dépression cérébrale, l'abattement, la tristesse, l'insomnie, l'inaptitude complète au travail intellectuel, qui sont si communs lorsque la neurasthénie est acquise et due aux passions dépressives, font très souvent défaut dans la neurasthénie héréditaire, du moins si l'hérédité seule a présidé au développement de la névrose. Ces neurasthéniques peuvent assez bien tenir leur place dans le monde ; ils y passent seulement pour des êtres bizarres, originaux. Ils sont même, de temps en temps, capables d'une certaine activité, bien que le travail soutenu et persévérant soit au-dessus de leurs forces.

Dans quelques cas, les symptômes spinaux et les troubles viscéraux sont très peu prononcés, ou même n'existent pas, et la neurasthénie paraît se manifester seulement par certains symptômes cérébraux, isolés ou combinés, tels que l'émotivité excessive, une des formes de l'anxiété neurasthénique, une tendance invincible aux préoccupations hypocondriaques, des aberrations partielles et conscientes des facultés intellectuelles. On a proposé pour les cas de ce genre le terme de *neurasthénie psychique* ou mentale. A ne considérer que son état actuel, en faisant abstraction de son passé, le malade dont je viens de rapporter l'histoire pourrait être classé dans cette catégorie de patients atteints de neurasthénie mentale, car il ne présente guère, aujourd'hui, que des préoccupations hypocondriaques. Il semble que la perturbation nerveuse dont procède cette forme de neurasthénie porte exclusivement sur certaines opérations de l'intelligence.

On peut encore rencontrer, dans le groupe des neurasthéniques héréditaires, associés aux symptômes de la neurasthénie, quelques-uns de ces états psychiques particuliers que les médecins aliénistes décrivent aujourd'hui sous le nom de folie avec conscience. Ces états psychiques sont : l'hypocondrie morale avec idées de suicide, les impulsions homicides, l'agoraphobie, la folie du doute avec délire du toucher. J'ai dit déjà pour quelles raisons l'agoraphobie doit être considérée comme appartenant à la neurasthénie plutôt qu'à la folie avec conscience. L'impulsion homicide s'en éloigne bien davantage et doit en être distinguée. Elle reste le type le plus caractéristique de la folie avec conscience. Quant aux deux autres formes, l'hypocondrie morale avec idées de suicide et la folie du doute avec délire du toucher, elle s'accompagnent souvent, la dernière surtout, de symptômes neurasthéniques cérébraux, spinaux et viscéraux. Si elles doivent rester distinctes de la neurasthénie, il faut bien reconnaître cependant qu'elles ont, avec cette névrose, une réelle parenté. La neurasthénie cérébrale, par ses états d'anxiété et ses aberrations intellectuelles conscientes, touche de près au domaine de l'aliénation mentale, et, particulièrement chez les névropathes héréditaires, il peut être difficile d'établir rigoureusement la distinction entre ces deux états morbides.

IV. NEURASTHÉNIE FÉMININE

Tous les cas de neurasthénie observés chez la femme n'appartiennent pas indistinctement à la neurasthénie féminine. Il faut réserver ce terme pour désigner une forme d'épuisement nerveux qui n'est pas très rare, qui présente

quelques caractères particuliers et qui n'est observé que chez la femme. Jusqu'à présent, je n'ai jamais vu un homme neurasthénique dont l'asthénie motrice fût assez prononcée pour le condamner à rester constamment étendu dans son lit ou sur une chaise longue.

Symptômes. — On rencontre de temps en temps, dans la pratique médicale de la ville, quelquefois même à l'hôpital, des femmes jeunes encore qui, depuis des années, se plaignent de souffrances les plus diverses, sans qu'on ait jamais pu découvrir aucune lésion organique. S'il existe une lésion de ce genre, elle est tout à fait hors de proportion avec les symptômes nerveux observés. Ces femmes ont des douleurs dans le dos, à la nuque, dans les reins, dans les membres. Elles sont incapables de se livrer à quelque occupation sérieuse ; lire, écrire, coudre, faire quelques pas leur cause une fatigue énorme. Elles souffrent souvent des symptômes de l'atonie gastro-intestinale, légère ou grave. Elles luttent un certain temps ou bien s'abandonnent promptement à leurs sensations pénibles ; elles se condamnent alors à l'inactivité complète et restent pendant des mois, jour et nuit, étendues dans leur lit ou sur une chaise longue. Aucun observateur n'a tracé un tableau plus saisissant de cette forme de l'épuisement nerveux que celui qu'en a donné M. Weir Mitchell. Je lui laisse la parole :

« Une femme, le plus souvent entre vingt et trente ans, est soumise, pendant un certain temps, à des tourments ou à des fatigues continus. Elle entreprend la lourde tâche de soigner un parent et s'acquitte de ce devoir, déjà si exigeant par lui-même, souffrant encore de toutes les excitations émotives qu'entraîne une maladie grave ; balancée entre la crainte et l'espoir, elle oublie et sa personne et

tous les besoins de la vie, l'air, la nourriture, le changement de vêtements. Ou bien il ne s'agit peut-être que de fatigue physique, celle par exemple que cause l'enseignement. Dans un autre groupe de cas, la cause se trouve dans une maladie dont elle ne s'est jamais entièrement remise, ou bien encore c'est quelque désordre utérin qui inaugure cet état pathologique et, quoique le mal initial ait disparu, le médecin s'étonne que sa malade ne reprenne pas son embonpoint et ses couleurs.

« Mais, quelle que soit l'origine de son état, la malade devient pâle et maigre ; elle mange peu, ou, si elle mange, elle ne profite pas de ses aliments. La couture, l'écriture, la lecture, la promenade, tout la fatigue, et peu à peu le canapé ou le lit devient son seul confort. Tout effort lui coûte ; elle souffre partout et réclame incessamment stimulants et toniques. C'est alors que les bromures, l'opium, le chloral et l'alcool commencent à jouer leur rôle nuisible. Si les troubles utérins n'ont pas ouvert la scène, ils se produisent bientôt, et le traitement qu'on leur applique est ordinairement inutile, quand les moyens généraux mis en usage pour relever l'organisme manquent leur but, comme cela arrive trop souvent. J'en dirai autant de la dyspepsie et de la constipation qui tourmentent aussi la patiente et compliquent le traitement. Si une telle personne est excitable, elle ne manque pas de le devenir plus encore : la femme la plus forte s'affaisse enfin sous l'influence d'une faiblesse croissante... La dégradation morale qui fait suite à un tel état fait vraiment pitié... Il est encore une autre cause de désordre à ajouter à tous ceux qui pèsent sur les patientes dont j'ai décrit l'affection, c'est la tendresse, la sympathie exagérée d'une mère, d'une sœur ou d'une autre parente dévouée. Il n'est rien de plus curieux et à

la fois de plus triste et de plus digne de pitié, que cette association entre la malade et son égoïsme d'un côté et la personne bien portante et son dévouement exagéré de l'autre... La patiente souffre de la colonne vertébrale, on la presse de se reposer. Elle ne peut pas lire, celle qui s'est constituée sa garde-malade lui fait la lecture. La lumière lui fait mal aux yeux, sa mère s'enferme avec elle toute la journée dans une chambre obscure. On craint un courant d'air, immédiatement portes et fenêtres sont fermées... Pour guérir un cas semblable, il faut modifier le moral en même temps que vous améliorez le physique ; ce n'est qu'à cette condition que vos soins ne seront pas inutiles. La première chose à faire, c'est de séparer la malade des siens, et de substituer à leur société les soins assidus, mais pleins de fermeté, de la garde-malade de profession. »

Tous les traits sont remarquablement justes, dans ce tableau tracé de main de maître. C'est sur ce modèle que sont calqués la plupart des cas de neurasthénie féminine — En effet, c'est souvent par des excitations répétées dans la sphère affective, que les femmes sont conduites à l'épuisement nerveux, surtout quand à ces excitations s'ajoutent la fatigue physique et l'influence fâcheuse de l'hérédité névropathique. J'ai vu plus d'une fois apparaître les premiers symptômes neurasthéniques, précisément dans les conditions que signale M. Weir Mitchell comme particulièrement efficaces. Une jeune femme, déjà fatiguée par plusieurs grossesses et plusieurs allaitements, entoure de soins assidus, et pendant des mois, son enfant ou son mari malade ; elle en oublie sa propre santé, dort mal, s'alimente d'un façon insuffisante, éprouve toutes les émotions qu'engendrent les péripéties d'une maladie longue et douloureuse. Le malade succombe, et la perte d'un être aimé

achève l'épuisement d'un système nerveux déjà fortement ébranlé. Alors apparaissent l'insomnie, la dépression cérébrale, les troubles dyspeptiques, et c'est ainsi que cette jeune femme, autrefois bien portante, devient une femme neurasthénique. Plus rarement, le point de départ des désordres nerveux réside, soit dans le surmenage intellectuel, soit dans les souffrances prolongées d'une affection chronique de l'appareil utéro-ovarien.

Les troubles génitaux, comme les troubles digestifs, sont le plus souvent secondaires et dominés par l'épuisement général du système nerveux. Après des mois ou des années de cette dépression physique et morale, les fonctions des ovaires et de l'utérus sont troublées comme toutes les autres fonctions. Les règles deviennent irrégulières, le plus souvent elles sont moins abondantes, quelquefois douloureuses; elles peuvent se supprimer pendant plusieurs mois. Avec ces troubles de la menstruation apparaissent les douleurs locales, les névralgies lombo-abdominales, l'ovarialgie, parfois des symptômes d'excitation génitale. Chez quelques femmes, cette excitation prend une grande intensité et va jusqu'à la nymphomanie. Dans ces cas, les troubles génitaux sont secondaires ; nous verrons tout à l'heure que, dans d'autres cas, ils peuvent être primitifs.

Quand la maladie a duré longtemps, elle s'accompagne, comme le fait si justement observer M. Weir Mitchell, d'une sorte d'amoindrissement de la personnalité morale. La volonté s'affaiblit de jour en jour, et la patiente devient le jouet de ses moindres sensations. Elle n'a plus souci que de ses propres souffrances. Elle recherche sans cesse la compassion d'autrui pour les moindres de ses maux. Parfois elle semble même s'abandonner à cet état d'alanguis-

sement dont la longue habitude lui est devenue comme une seconde nature.

M. Weir Mitchell a fort bien décrit cette sorte d'atmosphère morale qui peu à peu s'établit autour de la patiente et qui se compose, d'une part de l'amoindrissement de son énergie morale, d'autre part de la sympathie, de la tendresse exagérée de son entourage. C'est là un élément du tableau clinique qui ne doit pas échapper à la sagacité du médecin. Il faut, en effet, enlever la patiente à ce milieu doublement funeste, et la première indication à remplir, c'est l'isolement.

La description de M. Weir Mitchell reproduit les grands traits de la neurasthénie féminine, ceux qui impriment à cette forme clinique une physionomie toute particulière. Pour compléter cette description, je vais donner ici une de mes observations; elle montrera quelle variété de symptômes peut présenter la neurasthénie féminine et surtout à quel degré peut atteindre l'asthénie neuro-musculaire.

Il s'agit d'une jeune femme de trente-cinq ans, mariée et mère d'un enfant de huit ans. Elle appartient à une famille dans laquelle le tempérament nerveux est commun, mais où je n'ai pu cependant trouver aucune maladie nerveuse bien caractérisée. Jeune fille, la malade était déjà d'une dévotion exagérée. Elle se marie, peut-être plus tôt qu'elle ne l'aurait voulu. Un premier enfant succombe vers l'âge de deux ans. Elle en éprouve un violent chagrin. Un deuxième enfant vit encore. Une troisième grossesse se termine d'une façon fâcheuse; l'accouchement est long et difficile, l'enfant est mort et la mère atteinte de fistule vésico-vaginale. Cette triste infirmité exerce une influence funeste sur le caractère de la malade ; elle devient émotive,

irritable ; elle commence à souffrir de maux de tête et de palpitations. Elle est opérée avec succès et délivrée de son infirmité. Mais l'état nerveux s'aggrave de plus en plus. Pendant plusieurs mois, l'insomnie est à peu près complète. Les palpitations augmentent de fréquence et d'intensité, si bien que l'existence, peut-être ancienne, d'une certaine tuméfaction thyroïdienne fit croire qu'il s'agissait de la maladie de Basedow. Bientôt apparaissent des douleurs dans les jambes, à la nuque, dans le dos. La marche devient difficile ; une promenade de quelques minutes cause une extrême lassitude et provoque des douleurs du ventre et des reins. On suppose que le point de départ de toutes ces souffrances réside dans l'utérus dévié ; on a recours à un traitement local et l'on applique un pessaire ; sans succès. Les troubles nerveux continuent et s'aggravent. A ce moment surviennent des vertiges pénibles. La malade garde de plus en plus le décubitus horizontal et bientôt elle ne quitte plus son lit. — Elle y était depuis près d'un an, quand je fus appelé à lui donner des soins. Ses longues souffrances ne l'avaient point amaigrie ; elle était encore grasse et présentait même un certain embonpoint. Au moment où je l'approche, elle me supplie de ne point la toucher ; le moindre contact lui cause, dit-elle, des douleurs intolérables. Elle refuse de s'asseoir sur son lit, déclarant que la station assise provoque des crises de palpitations et de vertiges. Elle souffre d'un mal de tête continu ; il lui semble qu'un cercle de fer étreint la tête et la nuque. Elle dort peu, et le sommeil est souvent troublé par des cauchemars. Dans ses rêves domine l'idée de sa fin prochaine et la crainte de l'enfer. Plus d'une fois, prise d'une grande peur de mourir, elle a fait appeler, au milieu de la nuit, le curé de son village. Elle peut à peine se servir de

ses mains ; le plus souvent sa garde lui donne à boire et à manger. Les mouvements spontanés causent une fatigue douloureuse. Les jambes, très affaiblies, sont à peine soulevées au-dessus du lit. La peau des membres inférieurs est pâle et froide. L'hyperesthésie est à peu près générale. L'anesthésie du pharynx et les troubles hystériques de la vue font défaut. Jamais il n'y a eu de crises hystériques et je ne découvre aucune zone hystérogène. Le pouls est très accéléré et augmente encore de fréquence à l'occasion d'une émotion ou d'un léger effort. La lecture et l'écriture sont impossibles ; fixer le regard sur un livre aggrave encore le mal de tête et produit des douleurs dans les yeux. La patiente est atteinte d'une véritable boulimie ; elle a sans cesse la sensation de la faim et à côté d'elle se trouve une petite provision de pain. Le caractère est profondément modifié. Cette jeune femme, autrefois d'une humeur assez égale, est devenue irascible et d'une extrême exigence. Elle supplie son mari de ne pas la quitter ; une absence de quelques heures est une cause de tourment. Elle accapare absolument l'unique domestique de la maison, laquelle doit être sans cesse présente auprès d'elle, pour fermer une fenêtre, tirer un rideau, soulever une couverture dont le poids est incommode, frictionner les pieds toujours refroidis, donner un morceau de pain, compatir aux souffrances de sa maîtresse. Il n'y avait aucune trace d'une lésion organique, autre que les cicatrices de la fistule vésico-vaginale. Je conseillai immédiatement le traitement de Weir Mitchell. Mais la malade ne voulut absolument pas se soumettre à l'isolement, déclarant qu'elle succomberait sûrement si l'on voulait l'obliger à quitter son lit. Le massage et la faradisation pratiqués à la maison restèrent sans résultat. — Cinq mois plus tard, la situation n'avait pas

changé. Sur mes instances, la malade consentit enfin à l'isolement, tout en affirmant qu'elle ne supporterait pas le moindre déplacement. Elle fit vingt kilomètres en voiture, non sans se plaindre beaucoup, mais sans accident sérieux, au grand étonnement des siens qui partageaient ses craintes. Elle fut placée dans un asile de convalescents, en pleine campagne, et traitée à peu près régulièrement suivant la méthode de Weir Mitchell. Toute communication, même par lettres, fut interrompue avec la famille. L'amélioration fut très lente; elle ne fit pas cependant défaut. Au bout de cinq mois de traitement, les vertiges et les palpitations avaient disparu ; la patiente ne mangeait plus qu'aux heures de repas, et, en donnant le bras à sa garde, elle pouvait faire à pied une promenade d'un kilomètre. Elle voulut alors rentrer chez elle. — La guérison n'était pas complète, et on pouvait craindre une rechute. Or ces craintes ne se sont pas réalisées. Il y a deux ans bientôt que cette jeune femme est sortie de l'établissement où elle a été traitée. Elle est guérie, elle est délivrée de toutes ses souffrances, elle marche comme au temps de sa jeunesse, et elle a repris la direction active de sa maison.

Deux symptômes, bien mis en lumière par la description de M. Weir Mitchell et l'observation qui précède, caractérisent la neurasthénie féminine, la prostration de la volonté, l'aboulie, et le degré extrême de l'asthénie neuro-musculaire. La force morale et la force motrice sont généralement moins développées chez la femme que chez l'homme ; de là sans doute l'affaiblissement si prononcé de ces deux facultés dans les cas de neurasthénie féminine. Ces malades ne marchent plus, ne se tiennent plus debout, bien qu'elles ne soient pas réellement paralysées; elles restent des années entières étendues sur le dos : voilà

surtout ce qui les distingue de tous les autres neurasthéniques.

Il faut encore faire observer que l'impotence motrice des membres inférieurs n'est pas toujours exclusivement due à l'asthénie neuro-musculaire. Quelques-unes de ces femmes neurasthéniques restent indéfiniment couchées, non seulement parce que le peu de force dont elles disposent est rapidement épuisé, mais aussi parce qu'elles ont un état mental très particulier. C'est une sorte d'autosuggestion, lentement développée, qui prend sa source dans quelques malaises ou quelques douleurs de peu de gravité du ventre ou des jambes, autosuggestion grâce à laquelle s'établit peu à peu et bientôt règne en maîtresse, dans un cerveau très affaibli, cette idée erronée que la marche et la station verticale sont la cause de toutes les souffrances ou même sont absolument impossibles. A un degré de plus, apparaît cette forme de l'anxiété neurasthénique que j'ai précédemment décrite [1], la peur de la station verticale. Toute tentative pour s'asseoir ou marcher, quelquefois même la seule pensée d'un de ces deux actes, provoque l'état anxieux avec les plus caractéristiques de ses manifestations extérieures, telles que l'oppression, la faiblesse et l'accélération du pouls, le tremblement, le vertige.

Rapports de la neurasthénie avec les affections utéro-ovariennes. — De ces femmes neurasthéniques vouées à l'inactivité physique complète, un certain nombre ont été ou sont encore atteintes d'une affection de l'utérus ou des annexes. Y a-t-il un rapport entre cette affection et la névrose elle-même, et, si ce rapport existe, faut-il y voir une indication thérapeutique spéciale ?

[1] Voyez chapitre IV.

Parmi les affections utéro-ovariennes propres à engendrer des symptômes nerveux, locaux et généraux, les gynécologistes placent en première ligne les salpingo-ovarites chroniques, les ovarites, certaines dégénérescences scléreuses ou scléro-kystiques de l'ovaire, les pelvi-péritonites anciennes, certaines déviations de l'utérus, le prolapsus, surtout la rétroflexion adhérente d'un utérus gros et douloureux. La plupart des femmes atteintes de ces lésions éprouvent des sensations très pénibles de pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs dans le dos, dans les reins, dans les cuisses ; elles ont même de véritables névralgies lombo-abdominales. Parfois l'ovaire est le siège d'une vive hyperesthésie, même avec une lésion à peine appréciable, et cette ovarialgie procède par accès très douloureux. D'ailleurs, la plupart de ces souffrances abdominales subissent une exacerbation notable au moment des règles. Elles peuvent être assez intenses et continues pour compromettre le sommeil, provoquer des troubles digestifs, l'anémie et la perte des forces, rendre la marche difficile, empêcher le travail, condamner la malade à l'inactivité et la jeter, au bout de quelques mois, dans un état permanent d'excitabilité nerveuse. Et ce qui démontre bien que tous ces troubles locaux et généraux procèdent de l'utérus ou des annexes malades, c'est qu'ils peuvent entièrement disparaître à la suite d'un traitement local, ou mieux d'une intervention chirurgicale qui enlève un ovaire ou une trompe suppurée, relève et fixe un utérus abaissé et rétrofléchi, c'est-à-dire qui supprime la lésion locale ou du moins en atténue les fâcheux effets[1].

Mais tous ces troubles locaux et généraux appartiennent-

[1] Voyez M. Baudoin, *De l'hystéropexie*, Paris, 1890.

ils vraiment à la neurasthénie? Assurément non, dans la majorité des cas. S'il en était autrement, le domaine de la neurasthénie n'aurait plus de bornes ; cette névrose s'étendrait à toutes les maladies chroniques dans lesquelles on souffre pendant longtemps. C'est en procédant de la sorte que M. Ardnt[1] a si démesurément agrandi le cadre de l'épuisement nerveux. Sans doute, les souffrances d'une affection utéro-ovarienne chronique mettent les femmes sur le chemin de la neurasthénie. Mais la névrose n'existe véritablement que si les centres nerveux sont atteints d'une façon plus profonde et plus durable, s'ils présentent cet état permanent de faiblesse et d'irritabilité qui est le propre de l'épuisement nerveux. On voit alors apparaître les symptômes cardinaux de la névrose, les stigmates neurasthéniques. Ces réserves faites, on ne peut nier que quelques cas de neurasthénie féminine n'aient pour cause réelle une ou plusieurs de ces affections chroniques de l'appareil utéro-ovarien. Encore est-il bien digne de remarquer que, très souvent, à l'influence de la lésion organique s'ajoute celle, bien plus efficace, de l'hérédité ou d'une passion dépressive.

Une fois que la neurasthénie s'est développée chez une femme atteinte d'une maladie de l'utérus ou des annexes, elle peut durer longtemps et survivre à la cause qui l'a produite. L'affection locale est guérie, elle est même oubliée depuis des années, et la patiente est toujours neurasthénique. Par ce caractère de ténacité, la neurasthénie vraie se distingue encore de tous ces troubles nerveux, locaux et généraux, qui sont l'accompagnement ordinaire des états chroniques de l'utérus et des annexes. Il est vrai

[1] Ardnt, *Deutsche medic. Wochens.*. 1886.

que, dans la pratique, la distinction peut bien être difficile. Il y a sans doute des états nerveux intermédiaires dont il est impossible de dire s'ils sont déjà la neurasthénie. D'autres difficultés naissent encore de la complexité des causes. Une femme neurasthénique souffre de l'utérus et des ovaires, mais elle a souffert moralement aussi. Quelle part faut-il faire, dans la pathogénie de la névrose, à l'affection organique locale ? Question délicate et peu commode à résoudre. Cependant elle se pose souvent aujourd'hui, depuis que les progrès de la chirurgie antiseptique permettent d'agir directement et radicalement sur toutes ces affections chroniques de la femme dont le traitement, il y a quelques années seulement, n'était guère que de l'expectation à peine déguisée.

L'extirpation des ovaires sains a même été proposée et pratiquée en Allemagne et en Amérique, comme un moyen de traiter et de guérir certaines névroses graves de la femme[1]. On suppose que ces névroses, et particulièrement l'hystérie, peuvent procéder d'un trouble fonctionnel de l'ovaire et que ce trouble et la névrose elle-même disparaîtront avec la suppression de l'organe. M. Charcot[2] s'est élevé avec force contre cette interprétation de l'ovarie des hystériques. La douleur de l'ovaire ne prouve pas que cet organe soit le point de départ de la névrose. Du reste, la question paraît jugée, du moins en France, et il est bien probable que, chez nous, pas un chirurgien n'accepterait d'enlever les ovaires sains d'une femme hystérique ou neurasthénique.

[1] Schroeder, *Berliner klin. Wochens.*, 1886. — Voir sur cette question : Pozzi, *Traité de gynécologie*, Paris, 1890, p. 601, et Tissier, *De la castration de la femme en chirurgie*, thèse de Lyon, 1885.

[2] Charcot, *Leçons du mardi*, 1886-88, p. 63 et 177.

La situation peut être bien différente, lorsque l'utérus et les annexes sont réellement malades. Cependant l'existence bien constatée d'une lésion ne suffit pas encore à constituer l'indication d'une intervention, du moins si par elle-même la lésion constatée ne réclame pas cette intervention. Il faut, de plus, que l'examen scrupuleux de la malade et de ses antécédents mette en lumière une relation entre l'affection locale et le développement de l'état neurasthénique. Cette relation paraîtra, sinon absolument certaine, au moins très vraisemblable, si la lésion utérine ou péri-utérine est elle-même douloureuse, si elle retentit sur les plexus nerveux voisins, particulièrement sur les plexus lombaire et sacré, si les troubles fonctionnels s'aggravent au moment des règles, et s'il est bien établi que ces troubles locaux ont précédé l'apparition des symptômes généraux de l'épuisement nerveux [1].

En pareil cas, l'intervention chirurgicale peut être proposée et pratiquée. Grâce à l'antisepsie, l'acte opératoire fait courir peu de dangers à la patiente. Des observations nombreuses et authentiques prouvent que l'ablation d'un ovaire malade et la fixation d'un utérus dévié suffisent quelquefois pour faire disparaître définitivement toutes ces souffrances abdominales qui, dans quelques cas, retentissent sur le système nerveux central, jusqu'à provoquer le développement d'un état neurasthénique. Il ne serait pas humain de refuser à la malade le bénéfice d'une opération qui peut-être va la délivrer de tous ces tourments dont la désespérante ténacité lui rend la vie insupportable. Seulement, on ne doit pas promettre une guérison certaine, sur-

[1] Hegar, Die Castration der Frauen (*Sammlung klinischer Vorträge*, 1878, p. 136.)

tout s'il s'agit d'une neurasthénie invétérée, et non pas simplement de ces troubles nerveux sympathiques qui accompagnent communément les affections chroniques de l'appareil utéro ovarien. La neurasthénie vraie est plus tenace et rebelle. Le pli est pris. Le système nerveux a l'habitude d'un fonctionnement défectueux, et cette habitude fâcheuse peut bien persister, même après la suppression définitive de la cause qui l'a provoquée.

V. NEURASTHÉNIE GÉNITALE

A propos de la neurasthénie féminine, il vient d'être question de la neurasthénie génitale chez la femme. Nous avons vu que les troubles utéro-ovariens sont le plus souvent secondaires, mais que, dans quelques cas cependant, ils sont primitifs et le point de départ de la névrose. Il en est de même chez l'homme. Or la neurasthénie génitale de l'homme a une physionomie propre et qui nécessite une description particulière. Je fais encore remarquer que je réserve ce terme de neurasthénie génitale à celle dont la cause réside dans un trouble fonctionnel ou une lésion des organes génitaux.

Jusqu'à ces dernières années, on a peu étudié cette forme de l'épuisement nerveux. En France, il n'y a pas eu de nouvelle monographie depuis l'ouvrage de Lallement sur les pertes séminales[1]. Cet ouvrage est plein d'exagérations; toutes les maladies chroniques y sont engendrées par les excès génésiques et les pertes séminales. En

[1] Lallement, *Des pertes séminales involontaires*, Paris, 1836-1842, 3 vol. in-8.

Amérique, Beard[1] a fait récemment une étude spéciale de la neurasthénie génitale. En Allemagne, parmi beaucoup de publications, il faut citer surtout celles de M. Ultzmann[2] et de M. Krafft-Ebing[3].

Causes. — La masturbation, les excès génésiques et certaines affections chroniques des voies génito-urinaires, telles sont les causes communes de la neurasthénie génitale.

La masturbation produit l'épuisement nerveux plus sûrement que les excès génésiques, et d'autant plus qu'elle commence à un âge moins avancé. Bien que la fonction sexuelle n'existe pas encore chez les jeunes enfants, et peut-être pour cette raison, l'excitation sans cesse répétée de la sphère génitale trouble plus vite et plus profondément la santé physique et la santé morale. Chez la plupart des jeunes garçons, cette habitude cesse à l'époque de l'adolescence et n'a pas de suites fâcheuses. Mais il peut arriver qu'elle dure beaucoup plus longtemps et même jusqu'à l'âge adulte. Bien des neurasthéniques font à ce sujet d'étranges confidences. Du reste, la persistance de la masturbation au delà de l'adolescence est déjà un signe d'affaiblissement du système nerveux ; on ne la rencontre guère que chez les jeunes hommes qui présentent des indices d'hérédité névropathique.

Les excès de coït des jeunes gens et ceux des jeunes mariés ont aussi des conséquences fâcheuses. On incrimine surtout les excitations anormales qui précèdent et accompagnent le coït.

[1] Beard, *Die sexuelle Neurasthenie*, traduction allemande, Vienne, 1885. — 2e édition, Vienne et Leipzig, 1890.

[2] Ultzmann, *Névroses des organes génito-urinaire de l'homme*, traduction française de M. H. Picard, Paris, 1883.

[3] Krafft-Ebing, *Wiener medic. Presse*, 1887, nos 5 et 6.

La masturbation et les excès génésiques agissent de la même manière et développent un éréthisme pathologique des nerfs et des centres nerveux qui président à l'érection et à l'éjaculation. De plus, la répétition immodérée de la congestion physiologique qui accompagne l'érection provoque un état hyperhémique habituel des régions profondes de l'urètre, du verumontanum et de la prostate elle-même.

Ce même éréthisme pathologique peut être engendré, du moins chez les hommes nerveux, par une urétrite infectieuse ancienne, une gonorrhée qui s'est réfugiée et qui persiste indéfiniment dans la région protastique de l'urètre. Il n'y a plus d'écoulement blennorragique depuis longtemps ; mais, à chaque miction, les premières gouttes d'urine chassent quelques filaments grisâtres, qui sont le produit d'un catarrhe chronique profond de la muqueuse urétrale. A l'aide de l'endoscope, M. Ultzmann a vu les lésions de cette muqueuse ; elle est congestionnée, tuméfiée et présente même quelques érosions. — Beard signale encore le phimosis et les varices extérieures ou profondes parmi les affections des organes génitaux capables d'engendrer la neurasthénie génitale. Or l'influence de toutes ces affections chroniques, et même de l'urétrite, est loin d'être aussi efficace que celle de la masturbation et des excès génésiques, et, quand ces affections sont suivies du développement de la névrose, c'est qu'à leur influence s'ajoute celle d'une forte prédisposition héréditaire.

Symptômes. — M. Krafft-Ebing a divisé en trois périodes l'évolution de la neurasthénie génitale. Cette division peut être conservée ; elle montre assez bien l'enchaînement des symptômes et facilite la description clinique. Il faut remarquer cependant que les troubles fonctionnels

ne se succèdent pas toujours suivant l'ordre qu'indique M. Krafft-Ebing. Ainsi la spermatorrhée, qu'il place dans la troisième période, peut être un symptôme plus précoce. Je l'ai observée chez des jeunes gens qui ne présentaient point encore les troubles cérébraux et spinaux propres à la deuxième et à la troisième période.

Première période. — Ce qui caractérise la première période, c'est une excitabilité exagérée de l'appareil nerveux qui règle l'érection et l'éjaculation. — Les pollutions nocturnes sont le premier symptôme. Assurément des hommes bien portants, nullement neurasthéniques, ont des pollutions de ce genre. Il y a quelques difficultés à marquer la limite entre l'état normal et l'état pathologique. On peut admettre que les pollutions nocturnes sont déjà l'indice d'une neurasthénie génitale commençante, quand elles sont fréquentes, se répètent à de courts intervalles, et surtout quand elles sont suivies d'abattement, de dépression cérébrale. — Un autre phénomène morbide se montre aussi dans cette première période, c'est la rapidité de l'éjaculation. Le centre réflexe de l'éjaculation est devenu plus excitable, comme celui de l'érection.

Ces deux symptômes, la pollution nocturne et l'éjaculation hâtive, retentissent déjà sur l'état mental du patient. Il est attristé, déprimé, préoccupé de ces troubles fonctionnels de ses organes génitaux. Il se croit atteint d'une maladie grave et devient une proie facile pour les charlatans qui exploitent sa crédulité et ses préoccupations hypocondriaques. A son tour, cet état mental retentit sur la sphère génitale. De là une influence d'inhibition sur le centre d'érection et le développement d'une impuissance psychique, imaginaire. L'appétit sexuel peut être augmenté, et il l'est souvent, mais, en présence d'une femme

qu'il désire, le patient est incapable, et surtout se croit incapable, d'une érection suffisante. Au contraire, le coït s'accomplit s'il s'agit d'une autre femme, ou bien encore l'érection est forte et durable si le patient est seul, mais elle cesse au moment où il se trouve au contact de la femme désirée. Cette impuissance psychique n'est pas rare, pendant les semaines qui précèdent le mariage, chez les jeunes gens nerveux et qui ont abusé des plaisirs sexuels ou de la masturbation.

Les troubles de la fonction génitale s'accompagnent souvent, même dans cette première période, d'hyperesthésie et de névralgie urétrales. Pendant la miction, le patient éprouve dans l'urètre des sensations pénibles de picotement, de brulûre. Quelquefois l'éjaculation est suivie d'une douleur lancinante dans le périnée ou dans la verge. Déjà l'excitation de la sphère génitale peut retentir sur les branches du plexus sacré; il y a de l'hyperesthésie et des douleurs névralgiques du périnée, des fesses, des testicules, des cordons, de la verge et du gland. Un malade de Beard ressentait une chaleur insupportable au pubis, et cette région était le siège d'une hypersécrétion sudorale. Le prostate est irritable; le patient ne peut y supporter la pression du doigt introduit dans le rectum. Le cathétérisme est douloureux et provoque le spasme réflexe du sphincter urétral. Lorsque le bec de la sonde arrive à la région membraneuse de l'urètre, la douleur est parfois tellement vive, qu'elle arrache des cris et provoque la défaillance. — Cette excitation pathologique peut atteindre les nerfs de la vessie. De là des envies fréquentes d'uriner, surtout après le coït, des rétentions passagères, l'émission involontaire de quelques gouttes d'urine.

En général le pronostic de cette première période n'est

pas grave, et la marche progressive de la névrose génitale peut être enrayée, du moins si le patient est bien traité et se soumet à une hygiène convenable.

Deuxième période. — Dans la seconde période, les pollutions durent encore, mais l'érection est moins fréquente, moins forte et moins durable; l'excitation pathologique porte surtout sur le centre de l'éjaculation. Des causes légères, la vue d'une femme, une pensée érotique, un rêve, l'attouchement des organes, le décubitus dorsal prolongé, la réplétion de la vessie, l'équitation, les secousses d'une voiture, etc., suffisent à provoquer l'émission du sperme. Le coït est devenu difficile, en raison de cette extrême précocité de l'éjaculation. Elle a lieu au moment même de l'intromission du pénis, ou bien avant toute tentative d'intromission, dès les premiers préparatifs du coït. Dans quelques cas, le sperme n'est pas projeté avec force, il s'écoule en bavant hors de l'urètre. La sensation voluptueuse est amoindrie, fait défaut, ou est remplacée par une sensation douloureuse. Cependant l'appétit sexuel existe encore, à moins que la dépression cérébrale ne soit déjà très prononcée. La spermatorrhée n'est pas rare à cette seconde période; elle se produit au moment de la miction et de la défécation; la compression des vésicules séminales suffit déjà à en expulser d'une façon toute mécanique la sécrétion spermatique.

L'hyperesthésie et la névralgie de l'urètre persistent, ainsi que les irradiations dans les branches du plexus sacré. Quelquefois l'hyperesthésie fait déjà place à un certain degré d'anesthésie. Les troubles vésicaux peuvent être plus prononcés; il s'y joint parfois des troubles de la sécrétion urinaire. Beard a constaté dans l'urine de ces malades un excès de phosphates, d'urates et d'oxalates.

M. Ultzmann a signalé la polyurie, la glycosurie légère et transitoire, l'excès des carbonates.

Le shock nerveux que produisent les éjaculations sans cesse répétées retentit sur la moelle épinière. De là des phénomènes d'irritation spinale. Les malades ont de la rachialgie, des douleurs dans les reins et à la nuque, la plaque sacrée, des points hyperésthésiques sur la colonne vertébrale, des irradiations douloureuses dans le tronc et les espaces intercostaux, des sensations de faiblesse et d'engourdissement, ou même des douleurs névralgiques dans les membres inférieurs. Les préoccupations hypocondriaques sont plus constantes et plus intenses. Il est rare que le patient ne se croie point atteint d'une affection grave de la moelle épinière et particulièrement d'ataxie locomotrice. — C'est déjà le tableau de la neurasthénie spinale, auquel s'ajoutent fort souvent, dès cette seconde période, des symptômes de cérébrasthénie, tels que l'abattement, la dépression des facultés intellectuelles, l'émotivité, la céphalée.

D'après M. Krafft-Ebing, le pronostic de cette seconde période est encore favorable, du moins si le traitement est bien conduit, et il n'est pas impossible d'obtenir la disparition des symptômes spinaux et la restauration des fonctions sexuelles, pourtant si profondément troublées.

Troisième période. — La spermatorrhée est le symptôme capital de la troisième période. L'émission du sperme n'est plus précédée de l'érection, elle survient d'une façon toute passive. Elle est provoquée par des actes mécaniques, la miction, la défécation, les secousses de la voiture et de l'équitation. A l'excitabilité initiale a succédé la paralysie des centres spinaux de l'érection et de l'éjaculation, ainsi que l'atonie, le relâchement des muscles qui concourent à ces deux fonctions.

La forme commune de la spermatorrhée est facile à reconnaître ; c'est un liquide épais, visqueux, d'un blanc laiteux, qui s'écoule hors de l'urètre. Mais il est une forme latente et qui échappe à l'observation d'un malade même très attentif. La quantité de sperme est peu considérable, et il est mêlé, soit à l'urine, soit aux sécrétions de l'urètre et de la prostate. De là, comme le fait observer Beard, la nécessité d'examiner souvent les sédiments urinaires et les sécrétions urétrales. On peut y découvrir des spermatozoïdes et des cristaux spermatiques. Or, cette forme latente de la spermatorrhée est commune et s'observe déjà dès les premières périodes de la neurasthénie génitale. Du reste, la sécrétion elle-même du sperme peut être troublée et ralentie ; beaucoup de malades ont, à cette période, des accès d'aspermie passagère. La prostatorrhée accompagne souvent la spermatorrhée ; le liquide visqueux et grisâtre qui provient de la prostate est facile à distinguer du sperme véritable. Cependant la prostatorrhée est souvent confondue par les malades, quelquefois par des médecins inattentifs, avec la vraie spermatorrhée.

A cette période, l'impuissance est à peu près la règle. Il s'agit d'une impuissance vraie, le plus souvent définitive, et non pas, comme dans la première période, seulement d'une impuissance relative et d'origine psychique. L'érection n'existe plus, ou bien, si elle existe encore, elle est sans force, de courte durée et ne permet plus le coït. L'intromission du pénis est à peine possible ou ne l'est plus du tout, et la demi-rigidité de la verge s'éteint dès les premières tentatives. L'impuissance complète appartient surtout à la neurasthénie génitale due à la masturbation fréquente et longtemps prolongée. Avec l'impuissance coïncide en général la diminution ou même l'extinction de l'appétit sexuel.

Les organes génitaux ont un aspect assez caractéristique. Le scrotum est allongé, inerte; les testicules sont mous, pendants, souvent diminués de volume; la verge est flasque, ridée, et la couronne du gland présente parfois une légère teinte violacée. L'excitation du début a fait place à une atonie générale des organes génitaux.

Les douleurs urétrales peuvent encore persister. Les irradiations dans les nerfs du plexus sacré sont cependant moins étendues et moins vives. Il n'est pas très rare de constater une anesthésie complète du scrotum, de la verge et d'une partie du périnée, c'est-à-dire de toute cette région du tégument qui recouvre les organes génitaux. J'ai observé cette anesthésie chez un jeune homme de trente ans qui, depuis l'adolescence, s'était livré à des excès sexuels extraordinaires; une déchéance organique profonde l'avait conduit à la tuberculose. Le réflexe crémastérien est aboli ; l'excitation de la peau des cuisses et du scrotum ne provoque plus la contraction réflexe du dartos.

A ces symptômes locaux s'ajoutent ceux de la neurasthénie cérébro-spinale, surtout chez les malades qui ont une certaine prédisposition héréditaire. A cette troisième période, la neurasthénie génitale, comme le fait remarquer M. Krafft-Ebing, imprime un cachet spécial à la physionomie du patient. C'est une atonie générale mêlée de quelques symptômes d'excitation. Nous retrouvons là la plupart des symptômes de la cérébrasthénie, la céphalée, l'émotivité, l'anxiété, les vertiges, l'hypocondrie, la fatigue rapide des facultés intellectuelles et surtout l'exercice difficile de la mémoire. Les symptômes spinaux persistent encore; ils fournissent un aliment constant aux préoccupations hypocondriaques. Les troubles viscéraux ne font pas défaut,

et ils sont parfois très prononcés. L'atonie gastro-intestinale est assez commune, même dans sa forme sévère : de là, dans certains cas, l'anémie et l'amaigrissement. La neurasthénie génitale s'accompagne surtout de troubles cardiaques et vaso-moteurs : excitation du cœur, accès de palpitations, crises d'*angor pectoris* vaso-motrice.

Le pronostic de la troisième période est beaucoup plus sérieux. La vie n'est pas menacée, mais le traitement est long et les résultats en sont plus incertains. Il est difficile de faire disparaître la spermatorrhée et plus difficile encore de rendre aux fonctions génitales l'énergie qu'elles ont perdue. Plus souvent que dans aucune autre forme de la neurasthénie, l'état mental s'aggrave et se transforme en une véritable psychose. Beaucoup de ces neurasthéniques ont des idées de suicide, même dès les premières périodes, et quelques-uns finissent par y succomber.

Traitement. — Le traitement local a une grande importance, et, dans sa monographie de la neurasthénie génitale, Beard y a longuement insisté. Ce traitement varie suivant les périodes de la névrose. Il comprend, en somme, trois indications : traiter le catarrhe prostatique, diminuer l'excitabilité réflexe des centres de l'érection et de l'éjaculation, combattre les symptômes d'atonie, l'impuissance et la spermatorrhée.

Catarrhe prostatique. — Le catarrhe prostatique existe dans la plupart des cas, qu'il soit le reste d'une gonorrhée incomplètement guérie, ou bien qu'il se développe sous l'influence des excès sexuels et de la masturbation. Le diagnostic en est facile. Il n'y pas d'écoulement urétral à proprement parler, mais, dans les premières parties de l'urine éliminée à chaque miction, on voit flotter de petits filaments muqueux.

M. Ultzmann a fort bien exposé ce traitement du catarrhe prostatique. Pour modifier l'état de la prostate elle-même, il conseille des bains généraux, des bains de siège, et surtout des lavements d'eau ou d'infusion de camomille tiède deux ou trois fois par jour. Mais il faut principalement agir sur la portion prostatique de la muqueuse urétrale, et, à l'aide d'instruments spéciaux, y porter directement des astringents ou des caustiques. Les injecteurs de M. Ultzmann et de M. Félix Guyon sont les plus connus de ces instruments ; ils permettent de faire pénétrer une solution médicamenteuse exactement dans la portion prostatique de l'urètre. L'injection est pratiquée tous les jours, tous les deux jours ou à de plus longs intervalles. M. Ultzmann préfère et emploie successivement des solutions d'acide phénique, de sulfate de zinc, de sulfate de zinc et d'alun, de tanin ; M. Guyon recommande celles de nitrate d'argent. Au lieu de solutions, on peut encore se servir de petits suppositoires en forme de grain d'orge, au tanin ou au nitrate d'argent, qu'on introduit dans la portion prostatique de l'urètre à l'aide du porte-remède de Dittel. Du reste, on trouvera les détails de cette thérapeutique locale du catarrhe prostatique, dans les ouvrages de M. Ultzmann et de M. Félix Guyon[1].

Symptômes d'excitation. — Pour remplir la seconde indication et combattre les symptômes, tels que les pollutions nocturnes, qui procèdent d'une excitabilité anormale des centres de l'érection et de l'éjaculation, la première chose à faire est de tracer au patient les règles d'une hygiène convenable.

Il doit d'abord éviter toutes les causes d'excitation, re-

[1] Félix Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 2e édition, Paris, 1885.

noncer à ses habitudes de masturbation, aux plaisirs sexuels, aux fréquentations et aux objets propres à faire naître des pensées érotiques. La continence est toujours préférable, et le coït ne doit être permis qu'à de longs intervalles et seulement dans les cas où l'appétit sexuel est extrêmement prononcé. Le malade s'abstiendra soigneusement de toutes ces excitations préliminaires, souvent plus fâcheuses que le coït lui-même. Il faut proscrire l'équitation, les excès de table, surtout au repas du soir, les mets épicés, l'alcool, le thé et le café, l'usage de sièges et de matelas trop doux, les couvertures épaisses, le séjour prolongé au lit. La distension de la vessie et du rectum favorise les stases veineuses dans le petit bassin et suffit parfois à provoquer les pollutions ; le malade videra donc sa vessie dès le réveil et il évitera soigneusement la constipation. Au lit, le décubitus latéral est préférable au décubitus dorsal.

Le traitement de l'état mental du patient est d'une grande importance, car cet état mental exerce une influence considérable sur les troubles des organes génitaux. Les masturbateurs sont abattus, dominés par un sentiment de honte très pénible ; il faut leur donner confiance en eux-mêmes, leur assurer qu'ils ont encore assez d'énergie pour renoncer à leurs habitudes fâcheuses, et leur répéter souvent que ces habitudes n'auront pas les conséquences fatales qu'ils redoutent. Quant aux jeunes gens qui ont abusé des plaisirs sexuels, ils se croient le plus souvent menacés de la perte irrémédiable de leur virilité, ou bien encore d'une maladie incurable de la moelle épinière. A ceux-là il faut faire entendre une partie de la vérité ; il s'agit seulement de phénomènes d'excitation dont un traitement convenable va d'ailleurs leur montrer la curabilité.

Les malades posent souvent la question du mariage,

d'autant plus que l'idée et les préliminaires du mariage peuvent être la cause occasionnelle qui hâte l'apparition des symptômes de la première période. La règle à suivre est assez simple : répéter au patient qu'il ne doit pas du tout renoncer au mariage, mais ne le lui permettre que lorsqu'il sera suffisamment guéri. Il est dangereux de permettre trop tôt le mariage; les excitations qui en sont la conséquence aggravent la névrose, aggravent par conséquent l'état mental du malade et peuvent ainsi le conduire au suicide. D'autre part, il y a des inconvénients à différer trop longtemps le moment désiré ; on s'expose à faire naître la pensée d'incurabilité.

Nous avons vu que les phénomènes d'excitation qui caractérisent les premières périodes s'accompagnent parfois d'une impuissance relative, psychique. Cette impuissance est la source de vives préoccupations hypocondriaques. Il importe donc de traiter ce symptôme, dès le début. Là encore un traitement purement moral est d'une grande efficacité. Il faut rassurer le patient, le consoler, lui montrer que la cause de son impuissance réside dans l'agitation avec laquelle il aborde le coït, et surtout, comme le conseille M. Ultzmann, lui prouver qu'il est capable de très fortes érections. M. Ultzmann met en usage la galvanisation avec des courants faibles, le pôle positif sur la région lombaire et le pôle négatif sur les organes génitaux, et aussi la faradisation locale, suivant la méthode de Duchenne, l'un des pôles étant placé dans le rectum, l'autre étant appliqué sur le bulbe de l'urètre. Ces procédés provoquent souvent l'érection et c'est là un bon moyen de rendre au patient la confiance en ses propres forces.

Beaucoup de médicaments sont employés pour combattre l'excitabilité anormale des centres de l'érection et de l'éja-

culation. D'après M. Ultzmann et M. Krafft-Ebing, le camphre, le camphre monobromé, le lupulin, la belladone, l'opium, la valériane n'auraient pas une grande efficacité. Cependant on conseille souvent des suppositoires de belladone et de camphre, introduits dans le rectum au moment du coucher. Beard recommande les grands bains, les bains de siège, les lavements tièdes d'eau pure ou d'une solution de bromures alcalins. L'usage interne des bromures est généralement reconnu plus efficace, à la condition d'en donner des doses assez fortes, 4 à 6 grammes par jour, pendant six ou huit jours consécutivement. — Beard pratique souvent la révulsion, il applique des vésicatoires sur les parties supérieures et externes de la région fessière. — En Allemagne, on emploie beaucoup la galvanisation. Pour en obtenir des effets sédatifs, le pôle négatif est appliqué sur les vertèbres lombaires et le pôle positif sur le périnée. — Un peu plus tard, on peut avoir recours au cathétérisme avec les bougies de cire de Pitha, puis avec des sondes métalliques de plus en plus grosses, dont on facilite l'introduction, si l'hyperesthésie persiste, en faisant une injection préalable d'une solution de cocaïne dans l'urètre. — M. Ultzmann vante le psycrophore ou sonde refrigérante de Winternitz. C'est une sonde métallique à double courant, fermée à l'extrémité urétrale, bifurquée à l'autre extrémité. A chacune de ces bifurcations est adapté un tube de caoutchouc. On fait circuler dans la sonde, mise en place, de l'eau de plus en plus froide. Les premières irrigations sont en général mal supportées, mais les autres le sont beaucoup mieux et produisent souvent un excellent résultat.

Symptômes de dépression. — La troisième indication comporte le traitement local de la spermatorrhée et de

l'impuissance vraie, due à l'atonie des centres, des nerfs et des muscles qui concourent à l'érection et à l'éjaculation. L'hydrothérapie fournit les principaux agents de ce traitement : les bains de mer, les bains de rivière, les bains de siège frais, la douche générale en pluie ou en jet brisé, la douche modérée sur le périnée. Beard conseille les lavements froids. La sonde refrigérante de Winternitz trouve ici encore une heureuse application.

La galvanisation locale, suivant le procédé de Bénédikt et de Schulz, donne de bons résultats. Les courants sont assez faibles pour être à peine sentis. Le pôle positif est placé sur les vertèbres lombaires, et, avec le pôle négatif mobile, on passe successivement sur le périnée, la verge, les cordons spermatiques. La séance, de trois à quatre minutes, est répétée tous les jours ou tous les deux jours, et le traitement dure un mois et demi à deux mois. Le courant faradique est employé de deux façons : ou bien on électrise successivement tous les muscles accessibles du périnée et surtout les bulbo-caverneux, ou bien on place un des pôles dans le rectum et l'autre est appliqué sur le périnée et la racine de la verge. Cette faradisation locale est employée seule ou alterne avec la galvanisation. Ce traitement électrique, s'il est bien conduit et poursuivi avec persévérance, est assurément un bon moyen de rendre aux muscles de l'appareil génital la tonicité qu'ils ont perdue.

Quant aux médicaments, ceux qui conviennent particulièrement dans le traitement de l'impuissance et de la spermatorrhée sont : la quinine à petites doses répétées, la strychnine, l'arsenic, et surtout la poudre d'ergot de seigle ou l'extrait d'ergot à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour.

A ce traitement local, il faut joindre celui de la neurasthénie cérébro-spinale. Les principaux agents de ce traitement sont le changement de milieu, le séjour à la campagne ou à la montagne, l'hydrothérapie, la faradisation générale du tégument suivant la méthode de Beard et Rockwell, les voyages sans fatigue, le travail physique, le massage si le patient est trop affaibli pour se livrer à des exercices actifs. Du reste, tous ces agents thérapeutiques seront étudiés à propos du traitement général de la neurasthénie.

VI. HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE

La combinaison de l'hystérie et de la neurasthénie paraît de plus en plus fréquente, depuis que celle-ci est mieux connue. Il en résulte une névrose mixte dans laquelle l'analyse clinique permet de reconnaître assez facilement les symptômes de l'une et de l'autre névroses. Beard a décrit cette combinaison sous le nom de neurasthénie hystérique ou forme hystérique de la neurasthénie, et M. Charcot propose de la nommer hystéro-neurasthénie.

Elle paraît être plus commune chez l'homme que chez la femme. La plupart des observateurs qui ont étudié l'hystérie de l'homme avaient déjà remarqué qu'elle s'accompagne de symptômes de dépression cérébrale, de tristesse, de mélancolie, beaucoup plus souvent que l'hystérie de la femme. Or cet état mental particulier de l'homme hystérique est déjà une esquisse, un commencement de neurasthénie. — Cependant on rencontre de temps en temps des femmes hystériques qui sont aussi neurasthéniques. J'ai depuis un an, dans mon service d'hôpital, une jeune fille qui présente la combinaison des deux névroses.

Au moment de son admission, elle était surtout hystérique et avait souvent de grandes attaques. Aujourd'hui, les attaques sont devenues très rares, et ce qui domine la scène, ce sont les symptômes de la neurasthénie cérébro-spinale. L'asthénie neuro-musculaire est tellement prononcée, que la patiente passe au lit la plus grande partie de la journée. Elle reste oisive, inactive; j'ai rarement vu une aboulie aussi complète. Elle souffre de céphalée, d'insomnie, de palpitations, de troubles gastriques et de constipation.

D'après M. Charcot[1], la misère conduirait souvent à l'hystéro-neurasthénie. Cette névrose « serait chose vraiment fréquente parmi les misérables, les loqueteux, les gens sans aveu qui fréquentent tour à tour les prisons, les asiles de nuit et les dépôts de mendicité. » En effet, la plupart des hystéro-neurasthéniques observés par M. Charcot à la consultation de la Salpêtrière, sont des hommes sans domicile et sans profession, des vagabonds. — Une émotion morale violente, qui est capable de provoquer l'hystérie ou la neurasthénie, peut aussi causer la névrose mixte. Une des observations de M. Charcot est un exemple d'hystéro-neurasthénie d'origine émotive. Il s'agit d'un ouvrier laborieux, aisé, point du tout misérable. Il assiste à la mort tragique de son fils unique, tué en tombant d'un sixième étage. Devant le cadavre de son enfant mutilé, il éprouve une émotion terrible et perd connaissance. Cette émotion est le début d'une période neurasthénique qui dure douze mois, après lesquels apparaissent les premiers symptômes hystériques, des attaques suivies d'une hémiplégie gauche. — Il est probable que certaines intoxications

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 285.

professionnelles peuvent engendrer l'hystéro-neurasthénie, comme elles engendrent l'hystérie. M. Guinon[1] en cite un exemple observé chez un saturnin. Dans un autre cas de M. Charcot[2], l'intoxication saturnine est aussi la seule cause à laquelle on puisse attribuer le développement de l'hystéro-neurasthénie. Chez cet homme, les deux névroses paraissent avoir débuté simultanément. — Mais la cause la plus commune et la plus efficace de l'hystéro-neurasthénie, c'est le traumatisme. Le chapitre suivant est tout entier consacré à l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Quelles que soient les conditions qui président au développement de la névrose mixte, elle présente toujours les mêmes caractères cliniques. Le plus souvent, et particulièrement chez l'homme, c'est la neurasthénie qui ouvre la scène, puis, après une période plus ou moins longue, mais en général de courte durée, l'hystérie se manifeste à son tour. Souvent l'apparition de l'hystérie est annoncée par des attaques convulsives ou des équivalents d'attaques. Ailleurs, les symptômes hystériques s'installent silencieusement, et c'est en pratiquant un examen complet des malades, qu'on découvre des troubles fonctionnels qui n'appartiennent point à la neurasthénie, tels que parésies, anesthésies, amblyopie, retrécissement du champ visuel. Dans un cas de M. Charcot, cité tout à l'heure, les deux névroses ont eu un début simultané. Chez celle de mes malades à laquelle j'ai fait allusion, l'hystérie paraît avoir précédé la neurasthénie.

D'après Beard, toutes les formes cliniques de la neurasthénie peuvent ainsi se combiner à l'hystérie. J'ai parcouru

1 Guinon, thèse de Paris, 1889, p. 212.
2 Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 265.

un certain nombre d'observations, et il me semble que c'est la forme cérébro-spinale, d'ailleurs la plus commune, qui le plus souvent prend part à cette association. Assurément les combinaisons de symptômes sont assez variables; mais chaque symptôme, considéré individuellement, a les mêmes caractères qu'il présente dans l'une ou l'autre névrose à l'état d'isolement. L'hystérie apporte ses symptômes les plus communs : les grandes et les petites attaques, les équivalents d'attaques, les paralysies motrices, les anesthésies, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, l'anesthésie du pharynx, les troubles des organes des sens, les points hystérogènes. De même, la neurasthénie cérébro-spinale prête au tableau de la névrose mixte ses symptômes les plus caractéristiques : la céphalée, l'insomnie, l'émotivité, la dépression cérébrale, l'asthénie motrice, la rachialgie, l'atonie gastro-intestinale, les palpitations, la tachycardie habituelle, l'impuissance. Aussi, un clinicien exercé peut-il établir le diagnostic de l'hystéro-neurasthénie aussi facilement que celui de l'une ou de l'autre névrose.

En général, la névrose mixte est tenace et rebelle au traitement. Elle dure longtemps, et d'autant plus que les symptômes neurasthéniques sont plus prononcés. D'après Beard, on pourrait voir alterner les manifestations de l'hystérie et celles de la neurasthénie. Le plus souvent, le tableau clinique présente une certaine uniformité; il y a peu de changements pendant la longue durée de la maladie. Du reste, à propos de la forme traumatique, je vais décrire avec plus de détails les symptômes, les variétés cliniques et la marche de l'hystéro-neurasthénie.

CHAPITRE VII

HYSTÉRIE, NEURASTHÉNIE ET HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUES

Le traumatisme peut provoquer un grand nombre d'affections du système nerveux, non seulement des névroses[1], mais même des affections organiques, dont la plus commune paraît être la sclérose en plaques[2]. Dans ce groupe des maladies nerveuses d'origine traumatique, il faut faire une place à part à certains troubles fonctionnels, désignés en Allemagne sous le nom de *névrose traumatique*, et pour lesquels M. Charcot a proposé les termes plus exacts d'*hystérie* et d'*hystéro-neurasthénie traumatiques*. Ces désordres du système nerveux engendrés par le traumatisme peuvent être d'intensité fort variable, tantôt très limités, tantôt très étendus, mais ils présentent toujours deux caractères communs : l'absence des signes auxquels nous sommes habitués à reconnaître les lésions organiques, l'identité des symptômes observés avec ceux

1 Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 30. — Bataille, *Traumatisme et névropathie*, thèse de Paris, 1887.

2 Wichmann, *Berlin klin. Woch.*, n° 26, 1889.

de l'hystérie et de la neurasthénie spontanées. Sans doute on a cité des cas pour lesquels cette définition ne semble pas exacte. Ils se sont progressivement aggravés depuis le début, et la mort est survenue un an ou quelques mois seulement après le traumatisme. Ce sont des cas complexes. A côté de troubles purement fonctionnels existaient de véritables lésions organiques, et ce sont ces lésions qui ont entrainé la terminaison fatale rapide. Il faut reconnaître d'ailleurs que, du moins en pratique, ces cas complexes présentent parfois de réelles difficultés d'interprétation.

Historique. — Il est bien certain que les troubles nerveux de l'hystérie et de l'hystéro-neurasthénie traumatiques ne sont pas de date récente ; ils ont existé de tout temps, mais ils étaient exclusivement attribués à la commotion des centres nerveux. M. Guinon [1] a fait sur ce point quelques recherches historiques, et il a trouvé dans les chirurgiens antérieurs à la période contemporaine, plusieurs passages qui témoignent bien que quelques-uns de ces chirurgiens avaient été frappés de la singularité de ces phénomènes nerveux consécutifs aux traumatismes. Peu de temps après l'établissement des premières voies ferrées, un auteur français, F.-A. Duchesne [2], signalait déjà l'influence des accidents de chemin de fer sur le développement des maladies nerveuses. Quelques-unes des observations qu'il rapporte peuvent être aujourd'hui considérées comme des exemples d'hystéro-neurasthénie traumatique. — C'est un chirurgien anglais, Brodie, qui, le premier, a mis en lumière le rôle que peut jouer l'hystérie dans les affections

[1] Guinon, *Les Agents provocateurs de l'hystérie*, thèse de Paris, 1889.
[2] Duchesne, *Des chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs*, Paris, 1857.

chirurgicales. En 1837, il fit connaître les arthralgies et surtout la coxalgie hystériques. Duchenne de Boulogne peut être également compté parmi ces précurseurs. Dès les premières éditions de son *Électrisation localisée*, il a décrit une contracture réflexe ascendante d'origine articulaire, très comparable à la contracture hystéro-traumatique des auteurs contemporains.

La fréquence des accidents sur les premières voies ferrées fournit ample matière à l'observation. Aussi, les premiers travaux sont-ils dûs à des médecins anglais et américains. De 1864 à 1866, en moins de deux ans, parurent les mémoires de Lidell, d'Erichsen, de Syme, de Morris, de Savory[1]. Ils proposèrent le terme de *railway-spine* pour désigner les troubles nerveux qu'ils avaient observés. De ces publications, la plus connue est celle d'Erichsen. Il a donné une excellente description des troubles spinaux. Il les interprète en admettant une inflammation superficielle et chronique de la moelle épinière. L'affection débuterait par les enveloppes de la moelle et pourrait ensuite gagner celles du cerveau. Erichsen a fait une autopsie dans laquelle il a trouvé « des traces d'inflammation chronique de l'arachnoïde et de la substance corticale du cerveau ». — Déjà, en Angleterre, Braid avait signalé, dans sa *Neurypnologie*, l'influence considérable de certains états de l'esprit sur les manifestations extérieures de l'activité cérébrale. Il est le vrai précurseur de l'hypnotisme contemporain. En 1869, un autre auteur anglais, Russel Reynolds, exprima nettement cette opinion que certains phénomènes morbides, paralysies

1 Voy. Leyden, *Traité des maladies de la moelle épinière*, traduction française, Paris, 1879, p. 425.

motrices, contractures, troubles de la sensibilité, sont sous la dépendance exclusive d'un état mental particulier, « dependent on idea. » Cette vue originale du médecin anglais devait être plus tard reprise et fécondée par M. Charcot. Il en a tiré sa théorie des paralysies et des contractures de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Les premières publications des médecins allemands ont subi l'influence du travail d'Erichsen[1]. En 1878, M. Westphal[2] fit connaître quelques cas de maladies nerveuses consécutives à des accidents de chemin de fer. Il conclut qu'il s'agit d'une lésion organique et que cette lésion consiste en petits foyers disséminés de myélite et d'encéphalite. Cependant M. Moeli[3] publiait, en 1881, la relation de quatre cas nouveaux et insistait sur le rôle prépondérant de l'émotion morale, de la frayeur, dans le développement des accidents consécutifs. A la même époque, M. Riegler observait des troubles nerveux analogues chez des mécaniciens et des chauffeurs de locomotives, menacés d'un accident qui n'avait pas eu lieu. Ces cas mettaient bien en évidence la valeur étiologique de l'émotion, du shock nerveux. M. Leyden, dans son *Traité des maladies de la moelle épinière*, acceptait néanmoins les conclusions d'Erichsen et de Westphal ; il décrivait les troubles nerveux consécutifs aux accidents de chemin de fer dans le chapitre de la commotion de la moelle épinière.

Deux médecins américains, M. Walton[4] et M. Putnam[5],

[1] V. des passages du livre d'Erichsen, *in* Vibert, *Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer*, Paris, 1888.

[2] Westphal, *Charité-Annalen*, t. V.

[3] Moeli, *Berliner klin. Wochens.*, 1881, n° 6.

[4] Walton, *Boston medic. and surgic. Journal*, 1884.

[5] Putnam, *Americ. Journal of neurology and psych.*, août 1884.

frappés de la ressemblance extrême que présentent certains troubles nerveux d'origine traumatique avec les symptômes de l'hystérie, posèrent nettement cette conclusion, à savoir que ces troubles nerveux sont de nature hystérique et que le traumatisme peut être mis au rang des agents provocateurs de l'hystérie. M. Walton fit remarquer que les troubles cérébraux sont fréquents à la suite des accidents de chemin de fer, plus fréquents même que les troubles spinaux; aussi proposa-t-il le terme de *railway-brain*, préférable, dans bien des cas, à celui de *railway-spine*, employé par les auteurs anglais. Les travaux de M. Walton et de M. Putnam sont de 1881. Ce n'était pas cependant la première fois qu'il était question des rapports du traumatisme et de l'hystérie. Déjà, en 1878, M. Charcot[1] avait montré l'influence du traumatisme sur le développement des phénomènes de l'hystérie locale. Il est vrai qu'il ne s'agit point là, comme dans les cas de M. Walton et de M. Putnam, de l'hystérie créée par le traumatisme.

C'est en 1884-85, avec les premières publications de MM. Oppenheim et Thomsen[2], que prit naissance, en Allemagne, la doctrine de la *névrose traumatique*. Ces deux observateurs n'acceptent pas l'interprétation de M. Walton et de M. Putnam. Ces troubles nerveux d'origine traumatique n'appartiennent pas à l'hystérie; ils en diffèrent par la fixité, la ténacité, et aussi par l'adjonction commune d'un état mental particulier, inconnu chez les hystériques, et qui est voisin de l'hypocondrie et de la mélancolie. Et M. Westphal concluait nettement que la carac-

[1] Charcot, *Progrès médical*, 1878.

[2] Thomsen, *Archiv für Psych. und Nervenkrankheiten*, t. XV, 1884. — Ibid, t. XVI, 1885.

téristique de la névrose traumatique, c'est précisément de ne répondre à aucune des affections connues du système nerveux. Il s'agirait donc d'une affection spéciale, nouvelle, qu'il convient de nommer névrose traumatique pour rappeler l'importance de la cause provocatrice. Cette doctrine de la névrose traumatique eut un grand succès en Allemagne, et, bien qu'elle y perde du terrain, elle y est encore très généralement acceptée.

En Angleterre, M. Page[1] publiait, cette même année 1885, un travail important, basé sur un grand nombre d'observations. Revenant sur l'opinion d'Erichsen, il conclut que les cas considérés comme des exemples de commotion de la moelle, ne présentent pas les signes certains d'une lésion, et que d'ailleurs les maladies organiques de la moelle épinière ne sont presque jamais observées à la suite des accidents de chemin de fer. Il met en cause la neurasthénie et constate également l'analogie de certaines paralysies d'origine traumatiques avec les paralysies développées dans l'hypnotisme. Pour expliquer les douleurs et l'attitude particulière que présentent souvent les victimes des traumatismes, il invoque la contusion et l'entorse des articulations de la colonne vertébrale.

C'est en 1885 que M. Charcot[2] entra dans le débat. Il devait y apporter une vive lumière et donner une solution qui, aujourd'hui, peut bien paraître définitive. Il démontra l'exactitude de la comparaison de M. Walton et de M. Putnam. A l'aide de nombreuses observations, recueillies avec le plus grand soin, et mises en parallèle avec les cas d'hys-

[1] Page, *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock*, Londres, 1885.

[2] Charcot, *Progrès médical*, 1885. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

térie qui abondent à la Salpêtrière, il prouva que certains des troubles nerveux constatés à la suite des traumatismes, paralysies, contractures, anesthésies, crises convulsives, sont évidemment de nature hystérique et tout à fait analogues aux manifestations bien connues de la grande hystérie. Il fit voir, en outre, que des symptômes neurasthéniques s'ajoutent fort souvent aux symptômes hystériques et proposa le terme d'hystéro-neurasthénie pour désigner l'ensemble de ces troubles névrosiques mixtes consécutifs aux traumatismes[1]. Faisant une nouvelle application de sa méthode des comparaisons, M. Charcot établit l'analogie de ces troubles nerveux d'origine traumatique avec ceux que peut développer la suggestion chez les hystériques hypnotisables. Il fut ainsi amené à conclure que les paralysies et les contractures de l'hystéro-neurasthénie traumatique rentrent dans la catégorie des phénomènes nerveux qui, suivant l'expression de Russell Reynolds, sont sous la dépendance d'une idée. Ces deux troubles nerveux d'origine traumatique, la paralysie et la contracture, sont le produit d'une autosuggestion, favorisée par l'état mental très spécial du patient au moment du traumatisme.

L'enseignement de M. Charcot inspira de nombreux travaux à ses élèves, parmi lesquels il faut citer particulièrement la thèse de M. Berbez[2] et celle de M. G. Guinon. Pendant la même année, en 1885, la Société médicale des hôpitaux de Paris revenait à plusieurs reprises sur la question de l'hystérie traumatique. Plus de dix malades lui étaient présentés. L'histoire de ces malades servit à fixer les caractères de la paralysie hystéro-traumatique, ainsi nommée par M. Joffroy.

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88, 1888-89.
[2] Berbez, *Hystérie et traumatisme*, thèse de Paris, 1887.

La question en est là. Il paraît toujours de nombreux travaux, dont beaucoup renferment des observations bien étudiées, mais non des interprétations nouvelles. Cependant M. Grasset[1], à propos d'un cas de paralysie hystéro-traumatique, définit l'hystéro-traumatisme : une névrose générale et plus spécialement cérébrale, appartenant à la famille des hystéries. M. Vibert a publié, en 1888, dans une *étude sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*, de très bonnes observations et fort intéressantes au point de vue médico-légal. M. Vibert paraît se ranger à l'opinion d'Erichsen. — En Allemagne, on peut actuellement constater un mouvement marqué en faveur de la doctrine de l'hystéro-neurasthénie traumatique. M. Strümpell[2] distingue deux formes de la névrose traumatique, l'une générale, l'autre locale. Il admet l'identité de celle-ci avec l'hystérie. Tout récemment, en 1889, M. Oppenheim[3] vient d'écrire une monographie des névroses traumatiques. Il n'a pas abandonné sa théorie de la névrose traumatique, mais il reconnaît cependant que quelques-uns des troubles nerveux qu'il décrit sont de nature hystérique, et même il n'est pas éloigné d'admettre, pour expliquer certains états paralytiques, l'interprétation proposée par M. Charcot.

Causes. — Le traumatisme peut varier beaucoup, depuis une simple chute, sur le sol pendant la marche, jusqu'aux ébranlements les plus violents auxquels le patient puisse survivre. Tous les auteurs ont fait cette remarque : l'intensité et la nature du traumatisme importent peu ; l'effet produit n'est pas en rapport avec la cause.

[1] Grasset, *Leçons sur l'hystéro-traumatisme*, Montpellier, 1889.
[2] Strümpell, *Berlin. klin. Wochens.*, 1888.
[3] Oppenhein, *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, 1889.

Il a été surtout question de l'hystéro-neurasthénie consécutive aux accidents de chemin de fer. Cependant ces accidents ne sont pas la cause la plus commune de la névrose. Sur six observations personnelles, je n'ai pas un cas de ce genre. M. Thomsen a fait la même remarque. Il est vrai que ces accidents sont plus rares aujourd'hui qu'autrefois. Du reste, les symptômes nerveux constatés chez les victimes de ces accidents ne présentent rien de spécial. Le plus souvent, il s'agit d'une collision produisant l'arrêt brusque de deux trains lancés à grande vitesse. M. Vibert et M. Onimus[1] ont vu que les voyageurs les plus maltraités sont ceux qui tournent le dos à la locomotive. Ceux-là ont surtout des symptômes spinaux; ils sont, en effet, plus exposés à la commotion de la moelle épinière. Aussi, la remarque n'est-elle exacte qu'en ce qui concerne les cas avec lésions organiques. — Erichsen avait signalé déjà l'immunité des voyageurs ivres ou plongés dans un profond sommeil au moment de l'accident. Il en est probablement de même des jeunes enfants. Ces victimes peuvent être frappées de lésions matérielles, mais elles échappent ordinairement à l'hystéro-neurasthénie traumatique. Cette observation ne manque pas d'intérêt au point de vue de la pathogénie de la névrose. Elle montre toute l'importance de l'émotion morale, de la frayeur, du shock nerveux. D'ailleurs, dans certains cas, l'émotion existe seule, à l'exclusion de tout ébranlement physique des centres nerveux. Des chauffeurs et des mécaniciens placés sur la locomotive, aperçoivent tout à coup le péril qui les menace; pendant quelques minutes, quelques secondes, ils ont la vision très claire d'une mort inévitable;

[1] Onimus, *Union médicale*, 6 juin 1886.

ils font des efforts inouïs pour éviter l'accident imminent; ils y réussissent, et le train s'arrête avant qu'aucune collision ne se soit produite. Or ces chauffeurs et ces mécaniciens peuvent bien présenter immédiatement, ou au bout de quelques jours, les symptômes caractéristiques de l'hystéro-neurasthénie traumatique[1].

Beaucoup de traumatismes professionnels peuvent engendrer la névrose. C'est un forgeron dont la main est frappée d'un coup de marteau, un employé de chemin de fer qui est tamponné par un wagon, un meunier qui reçoit un sac de farine sur le bras, un maçon qui tombe de son échafaudage, un ouvrier d'usine qui est atteint par une manivelle.

La cause est souvent une chute d'un lieu plus ou moins élevé; quelquefois le patient est seulement tombé de sa hauteur sur un sol horizontal. Il faut encore citer les éboulements de terrain, l'enfouissement subit dans le sol, les explosions de gaz dans les mines. M. Charcot[2] a récemment montré que certains des troubles nerveux consécutifs aux tremblements de terre et au choc de la foudre appartiennent aussi à l'hystérie et à la neurasthénie traumatiques. La cause des acccidents nerveux peut être encore une brûlure, la morsure d'un chien, ou même un traumatisme chirurgical (obs. VIII de M. G. Guinon).

L'hystéro-neurasthénie traumatique est, en somme, une affection assez rare. Peut-être paraîtrait-elle plus commune si, dans tous les cas de traumatisme, les chirurgiens étudiaient plus complètement les troubles du système nerveux. Il est probable que beaucoup de formes légères

[1] Riegler, *loc. cit.* — Vibert, *loc. cit.* Obs. I. — Bruno Schaffer, *Berlin. klin. Wochens.*, octobre 1890.

[2] Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, et thèse de Guinon, *loc. cit.*

échappent à l'observation ou sont mal interprétées. — L'hystérie spontanée est plus commune chez la femme, l'hystéro-neurasthénie traumatique est surtout observée chez l'homme. Le fait est dû sans doute à ce que celui-ci est beaucoup plus exposé aux traumatismes, et particulièrement aux traumatismes professionnels. — Presque tous les cas concernent des individus de vingt à cinquante ans, période de la plus grande activité physique.

La plupart des auteurs ont été frappés de l'absence de toute hérédité névropathique dans les antécédents de leurs malades. Ce sont des adultes, forts, vigoureux, des ouvriers, des rustiques, gens qui paraissent bien peu prédisposés aux névroses et surtout à l'hystérie. Pourtant l'observation est loin d'être toujours exacte. Ainsi, dans les tableaux généalogiques qui accompagnent les observations de M. Charcot, nous voyons souvent figurer, chez les ascendants, les diverses affections nerveuses de la famille névropathique, seules ou combinées aux manifestations de l'arthritisme. Lorsque la prédisposition héréditaire est très prononcée, on s'explique très bien qu'un traumatisme fort léger suffise pour provoquer le développement des accidents nerveux. — L'influence du traumatisme est encore plus efficace si le patient était déjà un hystérique. M. Charcot[1] a montré combien facilement, chez une femme en puissance d'hystérie, un choc léger, une chute de peu de gravité, réalise la paralysie ou la contracture imminente. — L'alcoolisme est une autre cause prédisposante. M. Oppenheim[2] fait remarquer que les alcooliques supportent moins bien les traumatismes. Nous savons d'ail-

[1] Charcot, *loc. cit.*
[2] Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, 1889, p. 129.

leurs aujourd'hui que l'alcoolisme peut être compté parmi les agents provocateurs de l'hystérie. Dans un grand nombre des observations de M. Guinon, l'influence fâcheuse de l'alcoolisme est combinée à celle d'autres causes et particulièrement du traumatisme. — M. Riegler a constaté que les employés de chemin de fer sont, en raison de leurs occupations professionnelles, plus exposés aux maladies nerveuses. La trépidation des trains en marche entretient un état permanent d'excitabilité dans leurs centres nerveux. De là une prédisposition réelle à l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Symptômes. — Les cas sont aujourd'hui nombreux et divers; ils se présentent sous des aspects cliniques très dissemblables. Depuis des troubles nerveux locaux et très limités, comme une paralysie incomplète de la main, jusqu'à ces états graves dans lesquels les fonctions du cerveau sont profondément atteintes, il y a beaucoup d'états intermédiaires, au point de vue de l'intensité et de l'étendue des troubles fonctionnels engendrés par le traumatisme. Assurément, c'est toujours la même névrose qui est en cause, l'hystérie ou l'hystéro-neurasthénie. Cependant il n'est pas possible de fondre tous ces faits dans une description commune. Plusieurs auteurs ont senti la nécessité d'un certain groupement des faits cliniques M. Strümpell[1] admet deux formes de la névrose traumatique, l'une locale et l'autre générale. M. Schultze[2], élève de M. Strümpell, établit trois catégories; aux deux formes de son maître, il ajoute une troisième forme, qui comprend les cas graves, dont des exemples sont fournis par la plupart des observations de M. Oppenheim.

[1] Strümpel, *loc. cit.*
[2]. Schultze, thèse d'Erlangen, 1888.

J'ai parcouru et comparé un grand nombre d'observations, et j'ai quelques cas personnels. Il me semble que tous ces faits peuvent être très naturellement répartis en quatre catégories :

I. *Hystérie traumatique locale.*
II. *Hystérie traumatique locale et générale.*
III. *Neurasthénie traumatique.*
IV. *Hystéro-neurasthénie traumatique.*

Cette division répond à la réalité des faits. Elle permet au clinicien de retrouver aisément des cas comparables à ceux qu'il a sous les yeux. Enfin elle a une certaine valeur au point de vue du pronostic. Ces quatre formes cliniques n'ont pas la même gravité.

Je suis ainsi amené à décrire des phénomènes hystériques dans un ouvrage consacré à la neurasthénie. Il m'était impossible de me soustraire à cette obligation, sous peine de donner une idée très incomplète de ces accidents névrosiques d'origine traumatique.

I. HYSTÉRIE TRAUMATIQUE LOCALE

Le trouble fonctionnel d'origine traumatique est ici très limité. C'est une paralysie, une contracture, une algie, intéressant seulement un membre ou le segment d'un membre. Les symptômes cardinaux, les stigmates de l'hystérie, font tout à fait défaut. Suivant l'expression de M. Charcot, l'hystérie est ici monosymptomatique. Comme le fait judicieusement observer M. Rendu[1], les cas de ce genre ont une allure clinique assez spéciale, et, bien que dépendant de l'hystérie, ils peuvent être au premier abord

[1] Rendu, *Archives de neurologie*, 1887, n° 41.

facilement méconnus, tant la névrose qui leur donne naissance est peu évidente. Cependant le trouble fonctionnel, paralysie ou contracture, paralysie le plus souvent, présente nettement les caractères propres aux manifestations hystériques, si bien qu'un clinicien exercé ne peut guère s'y tromper.

Les phénomènes du choc nerveux local nous donnent une image atténuée, une esquisse, de ce que sera l'hystérie locale. Ils représentent le germe duquel, étant donné certaines conditions favorables, vont éclore les troubles fonctionnels dont il est ici question. Ce choc nerveux local a été bien étudié par M. Berger [1], M. Fischer [2], M. Grœningen [3] et aussi par M. Charcot [4] qui a montré le rôle qu'il joue dans le développement des symptômes de l'hystérie locale d'origine traumatique. A la suite d'un choc de quelque intensité, on peut observer, dans la partie frappée, de l'anesthésie, de l'engourdissement, de l'impotence motrice. M. Billroth a sur lui-même étudié ces phénomènes du choc local. Il s'était par mégarde donné un coup sur le dos de la main. Pendant trois minutes, cette main fut insensible et les doigts en étaient paralysés. M. Billroth attribue ces troubles sensitifs et moteurs à une sorte de vibration qui peut anéantir le fonctionnement des nerfs d'une façon durable ou seulement passagère. Chez l'homme dont le système nerveux est bien équilibré, les phénomèmes du choc local s'évanouissent rapidement et ne laissent aucune trace. Il n'en est plus de même s'il s'agit d'un individu en puissance d'hystérie, ou bien encore si, au moment du traumatisme,

[1] Berger, *Berliner klin. Wochens.*, 1871.
[2] Fischer, *Volkmam's Sammlung klin. Vort.*, 1re série, 10.
[3] Grœningen, *Neurol. Centralblatt*, 1885.
[4] Charcot, *Œuvres complètes*, t. III, p. 404.

le patient éprouve une émotion morale profonde. Dans ces conditions, le cerveau est propre à recevoir et à conserver les suggestions, celles en particulier qui lui viennent du membre blessé. Les sensations d'engourdissement, d'impuissance motrice, d'absence de ce membre sont, comme le fait remarquer M. Charcot, l'origine de cette autosuggestion, que le cerveau accepte sans contrôle et grâce à laquelle la paralysie rudimentaire provoquée par le choc se réalise et se développe au plus haut degré.

Troubles sensitifs. — Dans quelques cas, les troubles de la sensibilité existent seuls ou dominent tout à fait le tableau clinique[1]. L'affection chirurgicale, entorse ou contusion, est guérie; l'exploration la plus attentive du membre blessé n'y révèle rien d'anormal. Cependant la pression en certains points et les mouvements communiqués provoquent de vives douleurs. Le membre prend une certaine attitude, entretenue par une raideur des muscles sans contracture véritable. L'hyperesthésie peut être superficielle ou profonde, ou bien encore intéresser tout à la fois la peau et les parties sous-jacentes, surtout les articulations. Les douleurs, provoquées ou spontanées, sont fixes, localisées aux mêmes points; elles n'ont pas le caractère des douleurs névralgiques et ne correspondent pas exactement à la distribution d'un tronc nerveux.

L'anesthésie est commune dans le membre blessé. Elle peut être aussi superficielle et profonde. Plus ou moins prononcée, elle intéresse tous les modes de la sensibilité. Elle est généralement plus marquée au point même frappé par le traumatisme; de là, elle peut s'étendre dans le reste du membre, dont généralement elle ne dépasse pas les

[1] Strümpell, *loc. cit.*

limites. L'anesthésie ne correspond pas non plus à la distribution d'un nerf périphérique ; elle procède par segments de membre, et la limite des parties sensibles et insensibles est une ligne circulaire, perpendiculaire ou plus ou moins oblique à l'axe du membre.

Ces troubles de la sensibilité sont le plus souvent associés à des contractures ou à des paralysies.

Contractures. — Les contractures intéressent surtout les muscles moteurs d'une articulation et semblent entretenues par l'hyperesthésie des nerfs articulaires. La thèse de M. Berbez contient plusieurs cas de ce genre. — Telle est l'observation XVII, empruntée à M. Burckardt. Il s'agit d'une jeune scrofuleuse de douze ans qui n'a pas d'antécédents nerveux et qui ne présente aucun des stigmates de l'hystérie. Elle tombe sur le genou droit, et l'on diagnostique une synovite traumatique. Au bout de vingt-cinq jours, elle paraît guérie. Mais bientôt la marche est impossible, le genou est raidi en demi-flexion par la contracture. La patiente est endormie, et l'on s'assure qu'il n'y a aucune lésion de l'articulation. Mais il existe une très vive hyperesthésie superficielle et profonde et qui s'étend au-dessus et au-dessous du genou. La contracture porte surtout sur les fléchisseurs. Au bout de quatorze jours, la guérison était complète. A quelque temps de là, cette jeune fille eut le bras pris dans une porte pendant quelques minutes. Elle revint à l'hôpital avec une paralysie des muscles du bras et de l'épaule et une anesthésie complète jusqu'au poignet. Cette fois, il s'agissait d'une paralysie hystérique. — Dans l'observation XIV de M. Berbez, c'est une jeune femme de la campagne, forte, vigoureuse, également indemne de tout autre symptôme hystérique, qui tombe de sa hauteur sur la hanche droite, et qui présente

une vive douleur de cette hanche avec forte contracture des muscles pelvi-trochantériens. Le membre inférieur droit est en flexion, abduction et rotation en dehors. Pendant l'anesthésie, on constate l'absence de toute lésion de l'articulation et des parties voisines. Après le réveil, le membre reprend la même attitude vicieuse. Au bout de dix jours, la contracture avait presque entièrement disparu.

Dans tous ces cas de contracture locale, ce qui imprime à l'affection nerveuse un caractère propre et permet d'en reconnaître la véritable nature, c'est précisément l'intensité de la douleur et surtout des contractures développées dans les muscles moteurs de l'articulation, symptômes tout à fait hors de proportion avec le peu de gravité du traumatisme articulaire.

Paralysies. — Les paralysies sont souvent d'une interprétation plus difficile que les contractures. En effet, si les troubles sensitifs et moteurs ne sont pas étudiés avec soin, on peut assez aisément méconnaître la nature de ces paralysies et conclure à une névrite périphérique. Voici le résumé de trois observations qui donneront une image très exacte de ces paralysies partielles, très limitées, qui ne s'accompagnent d'aucun autre symptôme hystérique et qui, mieux encore que les contractures, sont des types achevés de ce qu'il faut entendre par hystérie traumatique locale.

Je citerai, en premier lieu, une observation très curieuse et très bien étudiée de M. P. Sérieux[1]. Comme le fait remarquer l'auteur lui-même, cette paralysie de la main, qui n'a duré que deux jours, sert en quelque sorte de transition

[1] Sérieux, *Archives de neurologie*, septembre 1890.

entre les conséquences fugitives du choc local et les troubles fonctionnels, parfois très longs, de l'hystéro-traumatisme. — Une jeune infirmière de vingt-cinq ans reçoit, sur la face dorsale de la main droite, un coup d'épingle à cheveux. Elle n'a point d'antécédents nerveux, elle ne présente aucun symptôme d'hystérie. Sa blessure est insignifiante, mais elle éprouve cependant une vive émotion, car elle a vu récemment une blessure analogue, chez une de ses compagnes, nécessiter l'amputation du doigt. Une heure après l'accident, on note une hyperesthésie vive de la plaie et l'anesthésie des faces palmaire et dorsale de la main. Le territoire anesthésié est limité en haut par une ligne circulaire passant au niveau des apophyses styloïdes du radius et du cubitus, en bas par d'autres lignes circulaires en forme de bagues, situées à la partie supérieure des phalanges. Tous les modes de la sensibilité sont également intéressés. La main est affaiblie. Le lendemain, la malade se plaint d'engourdissement dans tout le bras, elle ne sent plus sa main. L'anesthésie est maintenant plus étendue, elle remonte au pli du coude où elle est limitée par une ligne circulaire. Au dynamomètre, la main droite donne 3 et la gauche 30 kilogrammes. Deux jours après l'accident, la sensibilité est redevenue normale, et il ne reste plus qu'un peu de faiblesse de la main droite. Soigneusement examinée, la malade ne présente aucun symptôme, aucun stigmate hystérique. Deux mois plus tard, un nouvel examen donne encore un résultat entièrement négatif. — La résistance aux sensations suggestives venues de la main blessée était assurément diminuée dans le cerveau de cette femme, vivement émue par la crainte d'une complication et d'une opération chirurgicale. Elle fut pendant deux jours en imminence d'une forme durable de la

paralysie hystéro-traumatique. Mais la résistance du cerveau n'avait cédé que momentanément, le contrôle cérébral s'est rétabli et la paralysie a disparu.

J'emprunte la deuxième observation à un travail de M. Rendu[1]. — A l'âge de treize ans, une jeune fille tombe et se fait une contusion du poignet droit. La douleur est assez vive, et elle garde la main en écharpe pendant dix jours. L'accident est insignifiant. Peu à peu cependant, les mouvements du poignet deviennent difficiles et douloureux. Trois ans après l'accident, la fatigue musculaire est telle, que la jeune fille est, à plusieurs reprises, obligée de renoncer à jouer du piano. Les douleurs locales et la faiblesse de la main ont encore augmenté, au moment où M. Rendu est appelé à voir la malade. — Au premier abord, la main droite paraît tout à fait normale. Les troubles de la sensibilité et de la motilité y sont cependant très marqués Au dynamomètre, cette main droite donne 4 kilogrammes seulement, tandis que la gauche donne facilement 40 kilogrammes. Du reste, instinctivement, la malade se sert de la main gauche pour tous les mouvements qui nécessitent une certaine force. La sensibilité au toucher est émoussée, non complètement abolie ; celles à la douleur et à la température ont presque complètement disparu. La malade s'est brûlé un doigt avec de l'eau chaude sans ressentir la brûlure. La sensibilité articulaire est également altérée ; les mouvements forcés des jointures des doigts ne déterminent pas de douleur. Le sens musculaire est très amoindri. Toute la main est ainsi anesthésiée, et la limite de cette anesthésie se trouve à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du poignet, marquée par une ligne

[1] Rendu, *Archives de neurologie*, septembre 1887.

circulaire très nette. Dans les muscles parésiés, les réactions électriques sont tout à fait normales. Le passage du courant est beaucoup moins bien senti dans la main droite que dans la main gauche. Il semble qu'il y ait un léger degré d'atrophie de l'éminence thénar. Il n'existe ni troubles trophiques, ni troubles vaso-moteurs de la peau. La jeune fille n'est pas hystérique; il est impossible, chez elle, de découvrir aucun des stigmates de l'hystérie. Elle est un peu anémique. Il y a, dans sa famille, quelques antécédents nerveux et arthritiques. M. Rendu conseille des frictions, la faradisation, l'huile de foie de morue et l'hydrothérapie. — Au bout de six semaines de ce traitement, l'état général s'était amélioré, mais la main restait toujours paralysée. M. Charcot consulté confirme le diagnostic de paralysie hystérique. Il conseille à la malade d'appliquer un aimant, pendant la nuit, perpendiculairement à l'axe de la main, et de s'exercer plusieurs fois par jour à serrer le dynamomètre, de façon à réveiller, dans les centres psycho-moteurs, l'image des mouvements du poignet. — Un mois après, les troubles de la sensibilité ont disparu, et la main droite donne 30 kilogrammes au dynamomètre. L'avant-bras est le siège de fourmillements et de crampes assez pénibles. Il semble qu'un certain degré d'hyperesthésie ait succédé à l'abolition du sens musculaire. Un peu plus tard, cette hyperesthésie avait elle-même disparu, et la malade pouvait être considérée comme entièrement guérie.

L'intérêt de ce cas réside dans la longue durée de la période d'incubation de l'hystéro-paralysie. Cette période a duré près de quatre ans. Nous verrons tout à l'heure qu'il y a des cas à début tardif. D'ailleurs, il est bien possible que les troubles de la sensibilité aient existé peu de

temps après le traumatisme, longtemps avant l'examen de M. Rendu. Les anesthésies hystériques peuvent passer inaperçues de la malade elle-même, et il faut souvent les chercher pour les découvrir. L'intensité de l'anesthésie qui intéresse tous les modes de la sensibilité, les parties superficielles comme les parties profondes, et surtout les articulations de la main, la délimitation si caractéristique de la zone anesthésique du tégument par une ligne circulaire et perpendiculaire à l'avant-bras, l'intégrité des réactions électriques dans les muscles paralysés, la disparition complète des troubles sensitifs et moteurs sous l'influence des aimants et de cette sorte de suggestion provoquée par la manœuvre du dynamomètre, tous ces faits témoignent évidemment, même en l'absence des stigmates hystériques, de la nature franchement hystérique de cette paralysie de la main droite.

La troisième observation est de M. Nothnagel. M. Guinon[1] l'a reproduite textuellement. Elle a été publiée en 1880, c'est-à-dire à une époque où la paralysie traumatique hystérique était encore fort mal connue. C'est même ce qui fait, en grande partie, l'intérêt de ce cas. Sans aucune idée préconçue, l'auteur à décrit fort exactement tous les caractères propres à la paralysie hystérique. — Un forgeron de trente-six ans, solide, bien bâti, d'une santé générale excellente, est admis à la clinique de M. Nothnagel en janvier 1880. Sept ans auparavant, il avait été frappé par un éclair. Il revint à lui après cinq heures de perte de connaissance. Sa main droite était alors complètement insensible, froide et paralysée, incapable d'aucun mouvement. Il remarqua sur la face dorsale de cette main une

[1] Guinon, thèse de Paris 1889 (obs. XII).

plaque brune de la dimension d'un thaler et qui n'existait pas auparavant. Pendant plusieurs semaines, il est électrisé sans succès. Puis la paralysie disparaît brusquement et le patient peut reprendre son travail. Il reste guéri pendant six ans. Un jour, en octobre 1879, il fait un grand effort pour soulever un marteau et la paralysie de la main droite reparaît soudainement. — Quatre mois après, il est examiné par M. Nothnagel. Les téguments de la main droite sont un peu pâles. Il existe une atrophie notable des éminences thénar et hypothénar, ainsi que des interosseux. Les fléchisseurs de l'avant-bras paraissent un peu affaiblis. La pronation et la supination sont notablement plus faibles à droite. Le bras étendu présente un certain degré de tremblement. Tous les mouvements du poignet sont très faibles, ceux des doigts le sont encore davantage et ceux du pouce sont impossibles. Les réactions électriques paraissent normales dans les muscles paralysés. La sensibilité électro-musculaire est abolie à la main, normale à l'avant-bras. La main droite est complètement anesthésique, et tous les modes de la sensibilité y sont également intéressés. La limite supérieure de la zone anesthésique est figurée par une ligne circulaire qui passe au niveau des apophyses styloïdes des deux os de l'avant-bras. Le patient, les yeux fermés, est incapable de reconnaître la position donnée à ses doigts. Toutes les fonctions sont indemnes, et il n'y a pas de troubles nerveux, autres que ceux observés dans la main droite. L'électrisation reste encore sans résultat. M. Nothnagel applique alors un aimant sur cette main paralysée. Quelques applications suffisent à dissiper entièrement les troubles de la sensibilité et de la motilité, si bien que, huit jours après le début de ce traitement, le malade, guéri, quitte l'hôpital et reprend son travail.

M. Nothnagel ne manque pas d'être frappé de l'analogie de cette singulière paralysie avec la paralysie hystérique, mais il ne peut se résoudre à admettre que l'hystérie soit en cause chez son robuste forgeron. Aujourd'hui l'hésitation ne serait plus possible. Entre la paralysie de cet ouvrier vigoureux et la paralysie de la jeune fille délicate observée par M. Rendu, il n'y a réellement aucune différence au point de vue clinique. Dans les deux cas, les troubles moteurs et sensitifs présentent, sauf l'intensité, exactement les mêmes caractères. Dans les deux cas encore, c'est un agent esthésiogène, l'aimant, qui, en quelques jours, fait disparaître tous les phénomènes paralytiques. L'hystéro-paralysie traumatique est toujours identique à elle-même et à l'hystérie spontanée, quelle que soit la nature du terrain sur lequel elle vient à se développer. Ce caractère témoigne de l'autonomie et de l'unité de l'hystérie; c'est une objection décisive à l'hypothèse de ceux qui dissocient la grande névrose en plusieurs espèces, parmi lesquelles il y aurait une hystérie traumatique, distincte de l'hystérie spontanée.

Ainsi, dans ces trois observations, les symptômes cardinaux, les stigmates de l'hystérie, font entièrement défaut. Il en est de même des symptômes de la neurasthénie. Les troubles locaux de la sensibilité et de la motilité constituent tout le tableau clinique. De là quelques difficultés pour le diagnostic. Telle est la distribution de ces troubles moteurs et senstifs, que l'hypothèse d'une névrite périphérique doit être tout de suite éliminée. Celle d'une lésion organique de la moelle ou du cerveau n'est pas davantage acceptable, en raison surtout des anesthésies articulaire et musculaire, et aussi de la singulière délimitation de la zone anesthésique par une ligne circulaire et plus ou moins perpendiculaire à l'axe du membre. Un

clinicien exercé pense alors à l'hystérie. Il recherche donc les symptômes cardinaux de la névrose. Or, l'absence des stigmates de l'hystérie ne doit pas faire douter de la nature de cette paralysie. Les caractères qu'elle présente, s'ils sont évidents, suffisent pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agit bien réellement d'une paralysie hystérique d'origine traumatique.

Dans quelques cas, les stigmates de l'hystérie ne font pas entièrement défaut ; ils existent à un faible degré ou d'une façon passagère. Les cas de ce genre forment une transition naturelle entre ceux de la première et ceux de la seconde catégorie. — Telle est l'observation d'un de mes malades. Il est employé de chemin de fer, et c'est un homme grand, très fort, dont le système musculaire est très développé. Il y a un an, il est tombé et s'est fait une contusion du poignet droit. Cette contusion fut promptement guérie. Cependant le patient se plaignait toujours de vives douleurs au poignet, au coude, à l'épaule, et d'une faiblesse du bras telle, qu'il ne pouvait pas travailler. Le chirurgien fit une application de pointes de feu et fut surpris de constater que le malade ne sentait aucune douleur. Je le vis quelques mois après. L'accident datait déjà d'un an. Je constatai une parésie motrice du bras droit, intéressant surtout les muscles moteurs du poignet et les fléchisseurs des doigts. La main droite ne donnait que 10 kilogrammes au dynamomètre, tandis que la gauche donnait 70 à 80 kilogrammes. L'anesthésie, très prononcée au niveau du poignet, s'étendait de là, mais en diminuant, au bras et à toute la moitié droite du corps. De ce côté, le champ visuel était un peu rétréci. J'ai plusieurs fois examiné cet homme, et je n'ai jamais observé chez lui aucun stigmate hystérique, autre que cette hémianesthésie, tou-

jours peu prononcée. Depuis six mois son état est resté tout à fait stationnaire. — Ailleurs, à un premier examen, on trouve, associés aux troubles moteurs et sensitifs locaux, plusieurs des stigmates de l'hystérie, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, l'anesthésie du pharynx, un retrécissement marqué du champ visuel, puis, à un second examen, ces stigmates sont moins évidents, ou bien ils ont même complètement disparu.

II. HYSTÉRIE TRAUMATIQUE LOCALE ET GÉNÉRALE

Les cas de cette deuxième catégorie ont d'abord paru être les plus nombreux. En réalité, ils sont très probablement moins fréquents que les cas d'hystéro-neurasthénie qui constituent la quatrième catégorie. Les blessés présentés à la Société médicale des hôpitaux de Paris en 1885, ainsi que ceux qui ont fait le sujet des premières leçons de M. Charcot, sont presque tous atteints d'hystérie locale et générale. Aussi, cette forme a-t-elle été très complètement étudiée.

Elle se distingue par deux caractères : il existe un trouble fonctionnel local, paralysie, contracture ou arthralgie, généralement plus étendu que dans la première forme, et ce trouble fonctionnel local est accompagné des symptômes cardinaux, des stigmates de l'hystérie.

Nature du traumatisme. — En général, le traumatisme n'est pas des plus intenses ; il n'est pas toujours de ceux qui impriment une violente secousse au corps tout entier. De plus, le choc est surtout local, et c'est dans la partie frappée que va se développer la paralysie ou la contracture. Un malade de M. Troisier[1] tombe de son siège de

[1] Troisier, *Société de chirurgie*, 29 mai 1885.

cocher et se fait une contusion de l'épaule; un autre de M. Merklen est tamponné à l'épaule entre un wagon et une locomotive; l'un et l'autre ont une monoplégie brachiale du côté blessé. Si le coup a frappé un des côtés de la tête, c'est de ce même côté que se montrera la paralysie des membres. Le traumatisme peut être très modéré ; c'est un coup, un choc, une compression du bras, de l'épaule, de la jambe. Tel est le cas bien connu de cette femme observée par M. Charcot[1] ; elle donne un soufflet à son enfant, et la main qui a frappé est atteinte de paralysie. Le traumatisme était bien médiocre, mais la colère de cette femme était violente. L'état mental du patient joue le grand rôle dans le développement du trouble fonctionnel local.

Mode de début. — Le début est immédiat ou bien plus ou moins tardif. Dans le premier cas, la paralysie succède tout de suite au traumatisme. A peine est-il revenu de son émotion, que le patient constate l'impotence de sa main, de son bras ou de sa jambe. Dans le second cas, au contraire, entre le coup et la paralysie s'écoule un certain temps, cinq ou six jours ou même davantage; c'est une sorte de période d'incubation. Suivant l'expression de M. Charcot, on dirait que le patient prépare et médite sa paralysie. Il y aurait un grand intérêt à scruter l'état mental du blessé pendant cette période préparatoire. Il existe encore des cas à début très retardé et dans lesquels l'influence décisive du traumatisme paraît cependant bien probable. C'est plusieurs mois, un an ou même davantage après l'accident, que se manifeste la paralysie. M. Guinon a rapporté plusieurs faits de ce genre (obs. VII, LXXVIII). Il cite encore des observations de deux auteurs allemands,

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88.

MM. Petersau et Borstel, dans lesquelles, sous le nom de *paralysie traumatique secondaire*, sont décrites des paralysies hystériques survenues plusieurs années après des blessures de guerre.

Le trouble fonctionnel occasionné par le traumatisme peut être une paralysie flasque, une paralysie avec contracture, une arthralgie.

Paralysies. — La *monoplégie brachiale* est le type le plus étudié de la paralysie flasque hystéro-traumatique. L'impotence motrice est plus ou moins prononcée. Quand elle est complète et porte sur tous les groupes musculaires du membre, le bras pend inerte, comme entraîné par un poids, et le moignon de l'épaule est aplati. La paralysie peut être tout à fait flasque ; le membre soulevé retombe lourdement, à la façon du bras d'un hémiplégique plongé dans le coma. Les muscles conservent leur volume normal, il n'y a pas d'atrophie ; les réactions électriques ne sont pas modifiées et la réaction de dégénérescence fait toujours défaut. Cependant, M. Oppenhein a observé dans quelques cas une légère diminution de l'excitabilité électrique. Les réflexes tendineux du poignet, du biceps, du triceps ont les mêmes caractères que sur un membre sain.

La paralysie de la sensibilité accompagne celle de la motilité ; elle donne à cette monoplégie brachiale un cachet très particulier et qui permet aisément de la distinguer de la monoplégie due à une lésion des centres corticaux moteurs du cerveau. Tous les modes de la sensibilité sont intéressés. Dans le territoire cutané anesthésique, le patient ne sent ni le contact ni la douleur, il ne distingue pas des différences considérables de température. La sensibilité articulaire est abolie ; on peut presser, distendre les jointures, leur imprimer des mouvements forcés, sans provoquer de

la douleur. La notion de position des membres est perdue. Si le patient a les yeux fermés, il ne reconnaît pas les diverses attitudes qu'on peut donner aux articulations de son membre paralysé. La sensibilité électro-musculaire a disparu. Dans la région insensible, il y a un accroissement notable de la résistance au passage du courant électrique.

La distribution de cette anesthésie en est un des caractères les plus importants pour le diagnostic. Elle ne correspond pas au territoire connu d'une branche du plexus brachial. La limite supérieure est une ligne circulaire, oblique ou perpendiculaire à l'axe du membre. Elle rappelle les lignes d'amputation ou de désarticulation. Quand l'anesthésie occupe tout le bras, cette ligne de délimitation passe le plus souvent à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la clavicule, contourne le creux de l'aisselle et suit en arrière le bord axillaire de l'omoplate pour regagner la clavicule (Berbez). Si l'anesthésie est moins étendue, la ligne circulaire se trouve au bras, au coude, à l'avant-bras ou encore un peu au-dessus ou au niveau du poignet. En général, la sensibilité est perdue jusqu'au bout des doigts. Dans quelques cas, elle est conservée sur la partie inférieure des doigts ou de la main. Alors la limite inférieure de la zone anesthésique est représentée par une autre ligne circulaire qui passe dans la main, ou par plusieurs lignes qui font le tour des doigts à la manière de véritables bagues. — Parfois, au milieu de la région qui ne sent pas, se trouvent quelques plaques dont la sensibilité n'a pas entièrement disparu. — M. Charcot a beaucoup insisté sur cette topographie des troubles sensitifs. Il se sert souvent de ces expressions imagées d'anesthésies en gant, en manchette, en manche de veste.

La paralysie du *membre inférieur* présente les mêmes caractères que celle du bras. Quand il marche avec deux béquilles, le patient traîne sa jambe derrière lui. Au lit, il ne peut lui imprimer aucun mouvement volontaire, et, s'il ferme les yeux, il ne sait dire quelle position on lui a donnée. Les réflexes tendineux sont conservés, quelquefois un peu diminués (Berbez). La délimitation de la zone anesthésique n'est pas moins nette qu'au membre supérieur. En haut, la limite est le plus souvent une ligne qui passe par le pli de l'aine, la crête iliaque, le pli fessier, le raphé du périnée, et laisse les organes génitaux en dehors de la zone anesthésique. Si la paralysie est moins étendue, cette limite supérieure de l'anesthésie descend sur la cuisse ou sur la jambe, toujours représentée par une ligne circulaire et plus ou moins perpendiculaire à l'axe du membre.

Le même patient peut avoir les deux jambes paralysées, mais cette *paraplégie* est en réalité composée de l'association de deux monoplégies crurales (obs. XXIV de M. Berbez). L'anesthésie se limite en haut de la même façon que dans le cas d'une monoplégie crurale simple ; elle a, suivant l'expression de M. Charcot, la forme d'un double gigot. Il peut arriver que la paralysie frappe successivement les deux membres inférieurs, ou bien encore quitte l'un pour envahir l'autre.

Il y a une forme *hémiplégique* de la paralysie hystéro-traumatique. Elle résulte de l'association d'une monoplégie crurale et d'une monoplégie brachiale (obs. XXIII de M. Berbez). Les troubles moteurs et sensitifs ont, dans chaque membre, les mêmes caractères et la même distribution que si ce membre était seul paralysé. S'agit-il d'un traumatisme du crâne, l'hémiplégie est toujours du même côté que la blessure de la tête. Comme dans l'hémiplégie

hystérique vulgaire, la face est respectée. Parfois le facial inférieur parait être intéressé, et, de même que dans l'hémiplégie de cause organique, la langue peut être déviée du côté paralysé. Mais en réalité le facial inférieur n'est pas paralysé ; il s'agit de ce spasme glosso-labié sur lequel M. Charcot [1] a récemment appelé l'attention. Tantôt l'hémiplégie est constituée d'emblée, les deux monoplégies brachiale et crurale apparaissent simultanément ; tantôt l'un des membres n'est pris que secondairement, et le premier membre paralysé est celui qui a subi le traumatisme. Si l'impotence motrice n'est pas complète, le membre inférieur est souvent plus faible que le membre supérieur. C'est le contraire qu'on observe dans l'hémiplégie organique, où le bras est généralement plus fortement et plus longtemps paralysé que la jambe.

Quelques malades ont des *paralysies très limitées* qui n'intéressent pas le membre tout entier, mais seulement une partie de ce membre, comme la main seule, ou la main et l'avant-bras. Ces paralysies segmentaires peuvent parfois se succéder, s'ajouter les unes aux autres, jusqu'à constituer une monoplégie complète. De telle façon que, ainsi que le fait observer M. Charcot, la monoplégie est composée d'une série de paralysies segmentaires. Le centre d'une paralysie de ce genre parait être une articulation, et les muscles moteurs de cette jointure sont tout particulièrement frappés d'impotence motrice. Ainsi sont constituées les paralysies du poignet, du coude, de l'épaule, et ce sont des paralysies de cette nature, isolées ou plus ou moins combinées, que provoquerait le traumatisme. La constatation de ce fait clinique est d'un grand intérêt au point de

[1] Charcot, *Semaine médicale*, février 1887.

vue de la pathogénie, car, si l'impuissance motrice est le produit d'une antosuggestion, on s'explique bien qu'elle intéresse de préférence les muscles associés pour un mouvement intentionnel déterminé.

Il me reste à signaler quelques caractères accessoires ou accidentels de l'hystéro-paralysie. — Les muscles sont flasques, cependant ils répondent vivement aux excitations mécaniques et semblent être parfois en imminence de contracture. Dans ce cas, la constriction du membre par un lien circulaire et la percussion répétée des tendons ou des muscles eux-mêmes, réussissent à développer un état passager de rigidité musculaire. — L'anesthésie s'accompagne quelquefois de troubles vaso-moteurs; la peau prend une teinte violacée et la température locale est plus basse que du côté sain. M. Oppenheim a même observé de l'œdème des extrémités paralysées. — M. Charcot [1] et M. Babinski [2] ont signalé l'atrophie musculaire dans quelques cas de paralysie hystérique. Cette atrophie peut se montrer aussi dans l'hystéro-paralysie traumatique (obs. VI de M. Berbez). Elle se distingue de l'atrophie due à la simple inactivité par un développement beaucoup plus rapide. Les muscles atrophiés ne présentent pas de contractions fibrillaires; l'excitabilité électrique peut y être diminuée, mais la réaction de dégénérescence fait défaut. Par là l'atrophie musculaire hystérique se distingue de celle que provoque la névrite périphérique. M. Oppenheim [3] a examiné des fragments de ces muscles atrophiés; il a constaté une diminution de la striation transversale, une inégalité de volume des fibres

[1] Charcot, *Progrès médical*, 1888, n° 16.
[2] Babinsky, *Archives de neurologie*, 1886, n° 34 et 35.
[3] Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, 1889, p. 111.

musculaires et même la multiplication des noyaux du sarcolemme.

Contractures. — Tous les observateurs ont remarqué que, dans l'hystérie traumatique, la paralysie avec contracture est plus rare que la paralysie flasque. La contracture envahit aussi les muscles moteurs d'une ou de plusieurs articulations, et l'attitude du membre est déterminée par la prédominance de la rigidité musculaire dans le groupe des fléchisseurs ou dans celui des extenseurs. Cette contracture est généralement plus prononcée au pied et à la main que dans les autres jointures. Le début est rapide ; la rigidité des muscles est plus forte et la déformation du membre plus marquée que dans les cas où la contracture est due à une lésion organique. Les mouvements volontaires sont nuls ou très faibles, et la résistance des muscles est telle, qu'il faut de grands efforts pour obtenir quelque déplacement des os de la jointure immobilisée. Si la contracture n'est pas extrême, on constate une exagération des réflexes pouvant aller jusqu'à la trépidation spinale. Les troubles de la sensibilité sont analogues à ceux qui accompagnent la paralysie flasque.

Arthralgies. — Le type le plus connu et le plus fréquent des arthralgies hystéro-traumatiques est la contracture douloureuse de la hanche, la coxalgie. Le patient tombe sur la hanche, et, soit immédiatement, soit quelques jours après la chute, il présente une attitude comparable à celle de la coxalgie par lésion osseuse. L'exploration la plus attentive ne révèle qu'une lésion insignifiante, et, pendant l'anesthésie, l'articulation est mobile dans tous les sens. La contracture est plus prononcée que dans la coxalgie vulgaire. Elle est surtout douloureuse. L'adjonction d'une douleur très vive distingue cette arthralgie de la paralysie

avec contracture. La douleur existe même au repos; elle est exaspérée par les mouvements communiqués, par la pression, par le choc du genou et du grand trochanter. La peau de la hanche est le siège d'une très vive hyperesthésie, même au contact superficiel, et cette hyperesthésie a les mêmes limites supérieures que l'anesthésie d'une paralysie hystéro-traumatique de tout le membre inférieur. Chez un malade de M. Berbez (obs. XV), cette zone hyperesthésique de la hanche était en même temps une zone hystérogène. Des arthralgies de ce genre peuvent intéresser la plupart des articulations, le pied, le genou, le poignet, le coude, l'épaule. Mais la hanche en est le siège de prédilection.

Quelques observations témoignent bien de l'origine et de la pathogénie communes des deux manifestations principales de l'hystéro-traumatisme, la paralysie et la contracture. On y voit ces deux phénomènes alterner ou se succéder. Il en est ainsi dans un cas de M. Chauffard[1]. Le malade tombe sur la paume de la main gauche, du haut d'une échasse. Il éprouve une vive douleur, d'abord dans la main et l'avant-bras, puis dans l'épaule. Le bras devient de plus en plus lourd. Au bout de huit jours, le membre était contracturé et cette contracture s'accompagnait d'une vive hyperesthésie de la peau. Cet état dure pendant un an. Un jour, à la suite d'une application de courants continus, la contracture disparaît brusquement et fait place à une paralysie flasque du bras. Cette période paralytique se prolonge pendant deux ans. Puis la paralysie disparaît à son tour, sous l'influence du massage des muscles paralysés.

[1] Chauffard, *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1886, n° 21.

Autres symptômes hystériques. — Dans les cas de cette seconde catégorie, les symptômes cardinaux, les stigmates de l'hystérie, ne font pas défaut. Non seulement ils existent, mais ils sont généralement nombreux et prononcés. On peut y voir la preuve que les malades de cette catégorie sont plus sérieusement touchés par l'hystéro-traumatisme. Parmi ces stigmates, les troubles de la sensibilité tiennent la première place ; ce sont surtout l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et l'anesthésie du pharynx. Certains troubles de la vue ont une grande importance : le rétrécissement unilatéral ou bilatéral du champ visuel, l'amblyopie, et, avec une fréquence moindre, la dyschromatopsie, les modifications du champ visuel pour les couleurs, la diplopie monoculaire. On trouve fréquemment aussi des points hyperesthésiques ; quelques-uns de ces points sont même hystérogènes et la pression en provoque, soit une crise convulsive complète, soit seulement les phénomènes de l'aura hystérique.

Parfois, le point hyperesthésique et spasmogène est localisé dans la région frappée par le traumatisme. Une de mes malades avait un point de ce genre sous le sein gauche où elle avait reçu un coup de corne de vache, cause provocatrice de l'hystérie. Le malade de M. Grasset avait une zone spasmogène au voisinage du mamelon droit, et c'est là qu'il avait été blessé d'un coup de couteau. La pression y était très douloureuse, et, si elle était prolongée, le patient était pris d'une crise convulsive.

L'ovarie est aussi constatée chez les femmes atteintes d'hystérie traumatique. Enfin les attaques hystériques elles-mêmes, les attaques convulsives le plus souvent, viennent encore s'ajouter aux autres stigmates de la névrose. Il est difficile d'en apprécier la fréquence ; elles se sont montrées

assez communément parmi les malades observés par M. Charcot et ses élèves. Elles sont plus rares dans les observations étrangères. Il est probable que les grandes attaques convulsives ont été plus d'une fois considérées comme étant de nature épileptique.

Tels sont les symptômes le plus souvent constatés à côté des troubles fonctionnels locaux, la paralysie, la contracture et l'arthralgie. Ils servent grandement à établir le diagnostic et ils le rendent généralement facile. On a noté la ténacité de ces stigmates de l'hystérie traumatique ; mais, comme l'a fait observer M. Charcot, ce caractère appartient aussi aux symptômes analogues de l'hystérie spontanée.

On peut encore, chez les malades atteints d'hystéro-traumatisme, rencontrer d'autres manifestations de la névrose ; j'y reviendrai d'ailleurs à propos de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

La plupart des observateurs ont été frappés de l'état mental particulier de leurs malades. Ils sont inquiets, sombres, taciturnes, très préoccupés de leur situation, enclins à l'hypocondrie et à la mélancolie. Ils recherchent la solitude. Comme celui des alcooliques, leur sommeil est troublé par des rêves et des cauchemars. Ils y voient des figures étranges, menaçantes, des bêtes monstrueuses, ou bien ils s'y trouvent menacés d'accidents terribles. Parfois ils ont aussi des visions hypnagogiques. M. Charcot a montré que cet état mental est un des caractères de l'hystérie masculine, mais qu'on peut aussi le renconter dans l'hystérie de la femme. Toutes les femmes hystériques ne sont pas gaies. Cette dépression cérébrale de l'hystérie de l'homme serait plus commune encore lorsque la névrose se développe à la suite d'un traumatisme. Elle s'accompagne

parfois d'une céphalée sourde, continue, tenace, et qui s'exaspère dès que le patient veut travailler. Mais déjà ce n'est plus seulement de l'hystérie, et nous entrons dans le domaine de la neurasthénie.

III. NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

Les deux névroses, l'hystérie et la neurasthénie, ont une tendance manifeste à se combiner sous l'influence du traumatisme. Plus on étudie les troubles névrosiques d'origine traumatique, plus nombreux paraissent être les cas dans lesquels aux symptômes hystériques sont incontestablement associés des symptômes neurasthéniques. Pourtant les deux névroses existent aussi isolément. Je viens d'étudier deux formes cliniques où l'hystérie seule est en cause. Dans cette troisième forme, nous avons affaire exclusivement à la neurasthénie.

M. Page[1] est un des premiers auteurs qui aient attribué à la neurasthénie un certain nombre des cas de troubles nerveux consécutifs aux accidents de chemin de fer. M. Charcot et ses élèves ont publié plusieurs faits analogues. De mes six observations personnelles, l'une est un exemple de neurasthénie traumatique pure, sans aucun mélange d'hystérie.

Dans ces traumatismes qui engendrent des phénomènes morbides du système nerveux, il y a deux choses, un choc physique et un choc moral, encore désigné sous le nom de shock nerveux. On a beaucoup discuté sur la valeur relative de ces deux éléments pathogéniques. Quand il s'agit d'hystérie locale, ou encore d'hytérie locale et géné-

[1] Page, *loc. cit.*

rale, le choc physique, avec toutes les sensations suggestives venues de la région traumatisée, paraît jouer le rôle prépondérant ; encore faut-il remarquer que l'émotion morale assure l'efficacité de l'autosuggestion. Pour ce qui est de la neurasthénie traumatique, le shock nerveux a plus d'importance. Dans presque tous les cas, le traumatisme est produit au milieu de circonstances dramatiques et qui excitent une émotion morale profonde, l'angoisse et la terreur. Parfois même, le patient a été seulement menacé d'un accident terrible, et il a pu l'éviter. D'ailleurs j'ai donné, au chapitre de l'étiologie, des exemples de neurasthénie développée sous l'influence exclusive d'une forte frayeur.

La paralysie, la contracture et l'arthralgie sont des phénomènes objectifs qui attirent vivement l'attention, et, si pendant longtemps ces phénomènes ont été mal interprétés, du moins il n'était pas possible de les méconnaître, de ne pas les voir. Or, tous ou presque tous les symptômes neurasthéniques sont d'ordre subjectif. Ils veulent être recherchés, soigneusement étudiés. De là, sans doute, une des cause de la rareté relative des observations de neurasthénie d'origine traumatique. Voici cependant la relation sommaire de trois cas très nets de cette neurasthénie traumatique pure.

Celui de mes malades auquel j'ai fait allusion tout à l'heure est un maçon, âgé aujourd'hui de cinquante ans. Il y a quinze ans, il est tombé d'un échafaudage haut de plusieurs mètres. Sa chute n'a pas été tout à fait brusque, et il a eu quelques secondes d'une vive angoisse. Revenu à lui, il n'avait que des contusions et pas de blessures graves. Au bout de quelques jours, il voulut vainement se remettre au travail. Il n'était plus le même homme, et l'état dans lequel il se trouvait alors était, paraît-il, le même que celui dans

lequel je le vois encore aujourd'hui. Il a toujours la tête lourde. Il dort peu et son sommeil est souvent troublé par des rêves terribles, qui, au bout de quinze ans, lui rappellent encore son accident. Il est très faible, toujours incapable de travailler. De temps en temps, il est cependant pris d'un tel besoin d'activité dans les jambes, qu'il ne peut rester en place et marche sans but, au hasard, pendant des heures entières. A la moindre émotion, et même quand il me parle, il est pris d'un tremblement involontaire des membres, des lèvres et de la langue. Il est toujours sombre, abattu, taciturne; il est convaincu qu'il ne guérira jamais, et, à plusieurs reprises, il a manifesté des idées de suicide.

Un malade de M. Charcot[1] est un exemple encore plus complet de neurasthénie cérébro-spinale pure, exempte de toute complication de nature hystérique. C'est un maçon, âgé de trente-huit ans, et sans antécédents héréditaires. Cinq mois avant de venir consulter M. Charcot, il est mordu par un chien, en se rendant à son travail. L'émotion ne fut pas sur le coup très vive, mais elle le devint par la suite. Le patient apprit bien que le chien, examiné à Alfort, avait été déclaré non enragé, mais ses plaies, un moment cicatrisées, deviennent de nouveau douloureuses et des abcès s'y développent. Il ne faut plus penser à travailler de longtemps. De là des impressions pénibles, de vives inquiétudes. Le patient commence à maigrir, à perdre ses forces et son énergie morale; il ne dort plus que d'un sommeil agité par des cauchemars. Par surcroît, le propriétaire du chien lui refuse toute indemnité. Au bout d'un mois, les plaies sont entièrement guéries et le blessé veut reprendre son travail, mais il est obligé d'y renoncer

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 257.

après de vains efforts, si pénible est la sensation de lassitude qui l'accable. De là une cause de désolation et aussi d'aggravation de l'état neurasthénique. Le malade vient alors à la Salpêtrière, et voici les symptômes observés par M. Charcot : — Céphalée continue, jamais vive, occupant surtout le front et l'occiput, quelquefois le crâne tout entier, et donnant alors la sensation d'un casque lourd et trop étroit, céphalée accompagnée de craquements des articulations de la nuque pendant les mouvements de rotation de la tête. — État vertigineux habituel : quand il marche, le malade est, dit-il, obligé de regarder ses jambes, et il lui semble que le sol s'élève puis s'abaisse sous ses pieds. — Affaiblissement de la mémoire, ou plutôt mémoire lente et difficile à mettre en œuvre; les moindres opérations de l'esprit, la lecture par exemple, provoquent l'exaspération de la céphalalgie ; les troubles intellectuels, de même que les autres symptômes, s'atténuent momentanément après l'ingestion des aliments. — Idées sombres, sentiment d'impuissance, absence de volonté, émotivité excessive, sommeil troublé par des cauchemars : dans ses rêves, le patient se voit poursuivi par des animaux menaçants, des chiens qui cherchent à le mordre, ou bien il veut entreprendre un travail et mille obstacles imprévus se dressent devant lui. — Affaiblissement de la force motrice : les mains ne donnent que 45 et 55 au dynamomètre ; la station verticale et la marche provoquent très vite la sensation de fatigue. Le malade éprouve une constriction pénible au sacrum, sorte de plaque sacrée, et qui s'exaspère s'il marche ou reste debout. Les réflexes rotuliens sont normaux. Il n'y a pas de troubles vésicaux, pas d'analgésie, pas d'anesthésie dans les membres inférieurs ni sur aucun point du tégument. — Affaiblissement des fonctions sexuelles : les désirs sont

nuls ou médiocres, et les érections, faibles et imparfaites, aboutissent à des émissions séminales prématurées. — Les troubles digestifs font défaut, ce qui prouve bien, comme le fait remarquer M. Charcot, que les troubles gastriques ne sont pas nécessaires à la constitution du syndrome neurasthénique. — Chez ce malheureux maçon, il n'y a pas trace d'hystérie, et tous les symptômes appartiennent exclusivement à la neurasthénie. C'est un cas très net de la forme cérébro-spinale de l'épuisement nerveux ; il n'y manque guère que les troubles fonctionnels de l'atonie gastro-intestinale. La morsure elle-même a certainement moins contribué au développement des phénomènes morbides, que la succession des émotions pénibles dont elle fut le point de départ.

Une observation de M. Guinon[1] met bien en évidence ce rôle prépondérant du shock nerveux, de l'émotion morale. Il s'agit d'un ouvrier gazier, de trente-huit ans, sans antécédents fâcheux. Il est appelé dans un sous-sol. Pour éviter une explosion de gaz imminente, il faut aller, dans une atmosphère déjà chargée de gaz et sur un sol couvert de charbons incandescents, fermer la clef d'un compteur dont la porte est enfouie sous un tas de sable. Après des efforts inouïs, couvert de blessures et de brûlures, notre homme parvient à conjurer le danger. Mais il a eu une très forte émotion. Le lendemain, il ne remarque rien d'anormal dans son état. Le second jour, il se lève avec des malaises, et, toute la journée, il est nerveux, tremblant, agité. Il se repose six semaines. Il reprend alors son travail, en apparence tout à fait guéri. Mais au bout d'un mois, les troubles nerveux reparaissent, s'ag-

[1] Guinon, *loc. cit.*, p. 267, obs. LXXI.

gravent et s'installent d'une façon définitive. C'est d'abord une sensation de faiblesse et de lassitude extrême; le moindre objet paraît lourd à porter, les jambes sont raides et les pieds se détachent difficilement du sol. Puis surviennent des vertiges fréquents, mais jamais assez intenses pour provoquer une chute, de la polyurie, des douleurs vagues, des élancements dans les membres, enfin une céphalée occipitale qui donne la sensation d'une coiffure trop étroite et trop lourde. A quelque temps de là, pendant une période de trois à quatre jours, le patient est pris de délire : à plusieurs reprises, il se lève, sort de sa chambre, inspecte les murs de l'escalier, y place des conduites de gaz imaginaires, et semble obsédé par le souvenir de son accident. Au moment où M. Guinon l'examine, il est sombre, taciturne, d'une grande émotivité. Cependant il dort mieux et n'a plus de cauchemars. Mais la céphalée persiste, ainsi que les douleurs dans les membres. Les troubles dyspeptiques sont très prononcés (ballonnement épigastrique, rougeur de la face, torpeur, somnolence après les repas), et l'estomac est très dilaté. Le malade semble avoir perdu toute énergie morale, toute volonté; il ne travaille plus, il reste des heures entières immobile, assis sur une chaise, chez lui ou chez ses voisins. La nutrition a peu souffert. M. Guinon recherche avec grand soin quelque symptôme hystérique, mais il ne peut en découvrir aucune trace. — En effet, la neurasthénie est ici seule en cause. Elle se manifeste par ses symptômes les plus caratéristiques, la céphalée, l'aboulie, la dépression cérébrale, l'asthénie motrice, l'atonie gastro-intestinale. Le malade a eu une courte période de délire. Ce n'est pas là un symptôme absolument étranger à la neurasthénie. En décrivant les symptômes cérébraux, j'ai signalé des accès

de délire émotif. Le malade de M. Guinon a présenté un délire de ce genre.

C'est la forme cérébro-spinale de l'épuisement nerveux que produit le traumatisme. Les trois malades dont je viens de résumer l'histoire, ont tout à la fois des symptômes cérébraux et des symptômes spinaux. — Dans cet ensemble de phénomènes morbides, rien n'est plus remarquable que cette aboulie et cette asthénie motrice profondes, qui, d'un homme auparavant robuste et vigoureux, font un homme triste, abattu, sans force, sans courage, désormais incapable de reprendre ses occupations professionnelles. La plupart des victimes de la neurasthénie traumatique sont perdues pour la vie sociale. Ces malheureux traînent pendant des années leur lamentable existence, toujours attristés, toujours accablés. Quelques-uns finissent par le suicide.

Malgré le caractère très spécial de la cause, le traumatisme, le tableau clinique ne présente aucun trait nouveau ; il est entièrement comparable à celui que nous pouvons observer chez un homme soumis à l'action prolongée d'une passion dépressive. Il n'y a donc pas lieu d'insister sur la description des symptômes de la neurasthénie traumatique. Cette identité parfaite des phénomènes morbides, quelle qu'en soit la cause, démontre encore l'autonomie de la neurasthénie. Il en est de cette névrose comme de l'hystérie, dont l'unité n'est plus contestable, malgré le nombre croissant des causes capables de la provoquer.

IV. HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

Il est remarquable que la plupart des observations récentes appartiennent à cette quatrième catégorie. Presque tous les cas étudiés par M. Charcot dans ses leçons du mardi, de 1887 à 1889, sont des exemples d'hystéro-neurasthénie traumatique. On peut en dire autant des trente-trois faits cliniques qui forment la base du dernier travail de M. Oppenheim sur les névroses traumatiques. Dans plus de la moitié de ces faits, la neurasthénie est combinée à l'hystérie. Assurément, cette forme n'est pas devenue réellement plus fréquente dans ces dernières années, mais, depuis les publications de Beard et les leçons de M. Charcot, la neurasthénie est mieux connue, et les cliniciens ont appris à lui faire la part qui lui revient dans l'ensemble des troubles névrosiques consécutifs aux traumatismes.

Cette forme est donc caractérisée par l'association des deux névroses, l'hystérie et la neurasthénie, et il est généralement possible, dans un cas donné, d'établir la distinction entre les symptômes neurasthéniques et les symptômes hystériques. — Le traumatisme est le plus souvent violent, et de ceux qui produisent tout à la fois un choc physique et une forte émotion morale. Aussi observe-t-on particulièrement l'hystéro-neurasthénie à la suite des accidents de chemins de fer, des explosions de gaz dans les mines, du choc de la foudre, des chutes d'un lieu élevé. Comme dans la neurasthénie pure, le rôle prépondérant paraît appartenir encore à la secousse psychique.

Symptômes immédiats. Début. — Immédiatement après l'accident, et surtout quand il s'agit d'un accident de che-

min de fer, les victimes présentent souvent un singulier état cérébral; c'est une sorte de shock nerveux général, comparable au shock nerveux local dont il a été question à propos de l'hystérie locale. M. Vibert[1] en a donné une très bonne description. Quelques blessés paraissent être plongés dans l'hébétude, ils sont à peine conscients. Tous les actes qu'ils exécutent semblent procéder d'une espèce d'automatisme cérébral. On dirait, comme le remarque M. Vibert, qu'il n'y a de conservé que la partie très limitée de l'activité intellectuelle qui se rapporte aux actes à accomplir pour assurer le salut. Ces accès d'automatisme sont assez rares. Le plus souvent, le shock nerveux général se manifeste, pendant les premiers jours de l'accident, par de l'excitation nerveuse, de l'insomnie, des cauchemars, du tremblement, de la céphalée, de l'émotivité exagérée, des troubles digestifs prononcés, des accès de délire émotif. C'est déjà une esquisse de la neurasthénie, ou même une sorte d'état néurasthénique aigu. Ces troubles nerveux peuvent durer quelques jours seulement, puis se dissiper entièrement, ou bien, avec ou sans période d'amélioration, ils persistent, s'aggravent encore et s'installent d'une façon durable.

Ces phénomènes immédiats sont loin d'exister toujours, chez tous les blessés qui, à la suite d'une catastrophe, seront atteints d'hystéro-neurasthénie traumatique. Il peut bien arriver que ces blessés paraissent ne rien éprouver au moment de l'accident; ils ont quelques contusions sans gravité, portent secours à leurs compagnons d'infortune et regagnent leur domicile, se croyant tout à fait sauvés. Les jours suivants, ils ne ressentent que quelques troubles

[1] Vibert, *loc. cit.*, p. 12.

nerveux vagues, une légère faiblesse dans les jambes, un peu d'insomnie ; ils ont repris leurs occupations professionnelles. Mais, au bout de quelques jours, de quelques semaines, ou même de quelques mois, progressivement ou très rapidement, apparaissent les symptômes caractéristiques de la maladie nerveuse. Ailleurs, c'est pendant le traitement et la guérison d'une blessure que, lentement, insidieusement, à l'insu du malade et du chirurgien, progressent les troubles nerveux d'origine traumatique.

Le début de l'hystéro-neurasthénie est donc variable ; il peut être, comme celui de l'hystérie traumatique, immédiat, précoce ou tardif. Mais, quel que soit le mode de début, les premiers symptômes sont presque toujours ceux de la neurasthénie. La névrose mixte commence par une période neurasthénique. D'après M. Strümpell, les phénomènes morbides s'annoncent, dans beaucoup de cas, par des troubles d'origine psychique. M. Charcot est encore plus explicite : « Il semble, dit-il, que chez ces natures rustiques, non amollies par la culture, où l'hystéro-neurasthénie se développe sous l'influence d'une cause brusque, à action violente, et non sous l'influence prolongée d'une cause de dépression, il semble, dis-je, que ce soit la neurasthénie qui, constamment, précède l'hystérie et lui prépare le terrain. Il paraît, en d'autres termes, qu'en pareil cas, pour devenir hystérique, il faille passer par la neurasthénie. » Cette période neurasthénique, en général, ne dure pas très longtemps. Quand le patient n'est pas destiné à rester un pur neurasthénique, c'est au bout de quelques mois seulement qu'apparaissent les premières manifestations de l'hystérie. D'ailleurs, cette apparition peut être peu bruyante, si ce sont des troubles sensitifs et sensoriels qui viennent s'ajouter aux symptômes neurasthéniques. Dans

quelques cas, l'hystérie s'annonce par des attaques, même par de grandes attaques convulsives. Chez quatre hommes atteints d'hystéro-neurasthénie, M. Charcot a constaté trois fois des attaques hystériques, complètes ou avortées, quelques mois seulement après le début des accidents nerveux. Quelquefois, c'est une émotion nouvelle ou une fatigue physique, qui provoque tout à la fois l'aggravation des symptômes neurasthéniques et l'explosion des phénomènes hystériques, mais souvent aussi c'est sans cause appréciable que la névrose s'aggrave et se complète.

Symptômes. — Lorsque la maladie nerveuse est tout à fait développée, elle se présente avec des allures variables, suivant le nombre et l'intensité des phénomènes morbides ou la prédominance de certains troubles fonctionnels. Pour montrer ces aspects divers, il faudrait reproduire beaucoup d'observations, ce qui n'est pas possible dans un ouvrage de ce genre. Il y a lieu cependant, avant d'entrer dans l'analyse des symptômes, d'esquisser le tableau général de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Description générale. — Le facies exprime la tristesse, l'abattement. La démarche est souvent singulière : le patient progresse les jambes écartées, le tronc incliné ; ses mouvements paraissent lents et difficiles.

Les facultés intellectuelles sont amoindries au bout d'un certain temps : la mémoire devient paresseuse, l'attention ne peut être fixée sur le même objet ; parfois surviennent de courts accès de délire émotif, mais il n'y a pas de conceptions délirantes à proprement parler. Le malade doute de lui, de ses forces, se désespère et n'a plus de volonté. Il est extrêmement émotif et irritable. Les quelques idées qui lui restent tournent toutes à l'hypocondrie et à la mélancolie. L'anxiété est permanente ou procède par accès qui

vont parfois jusqu'à l'agoraphobie véritable. L'insomnie est presque la règle, du moins au début, ou bien le sommeil est troublé par des rêves terribles. Pendant le jour, le patient souffre d'une céphalée continue, et parfois d'accès de vertiges ou même d'un état vertigineux habituel. Les troubles cérébraux font rarement défaut.

Les troubles de la sensibilité sont aussi très communs : douleurs spontanées dans le tronc et dans les membres, points hyperesthésiques de la colonne vertébrale, rachialgie, anesthésies localisées ou diffuses, hémianesthésie sensitivo-sensorielle. De tous les organes des sens, c'est l'œil qui est le plus souvent intéressé; la vision est affaiblie d'un côté ou des deux côtés, ou bien il existe un rétrécissement unilatéral ou bilatéral du champ visuel.

L'asthénie motrice est constante et parfois extrêmement prononcée; des adultes de haute stature et d'un système musculaire très développé sont incapables de travailler, de marcher longtemps, de rester debout quelques heures. A cet affaiblissement général de la force motrice peuvent s'ajouter de véritables paralysies, hémiplégie, monoplégie, paraplégie, ou bien encore des contractures. Les muscles sont souvent agités de petites secousses fibrillaires ou même d'un véritable tremblement. La parole est lente, entrecoupée. Quelques patients ont des crises convulsives, complètes ou avortées. En général, il n'y a pas de modifications des réflexes tendineux.

Les fonctions de la vie organique participent aussi à ce désordre général du système nerveux. Le cœur est devenu très irritable ; des causes fort légères provoquent des accès de palpitations. Le plus souvent, le pouls est faible et présente une accélération permanente. Après le repas, le patient éprouve des sensations de pesanteur à l'épigastre, il a des

éructations, des bouffées de chaleur au visage, de la torpeur cérébrale. La nutrition peut rester indemne, mais il n'est pas rare de constater déjà au bout de quelques mois un degré notable d'anémie et d'amaigrissement. Il n'y a pas de troubles sérieux du côté de la vessie. La constipation est à peu près la règle. Chez l'homme, les fonctions génitales ont moins d'activité, et l'impuissance s'ajoute presque toujours aux autres symptômes de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Attitude. Démarche. — Erichsen avait déjà signalé l'attitude et la démarche propres aux victimes des accidents de chemin de fer ; M. Vibert y a insisté de nouveau, et M. Oppenheim vient d'en faire une étude encore plus complète. Cet habitus extérieur n'est pas sans importance au point de vue médico-légal. A voir les patients se tenir et marcher de la sorte, un observateur non prévenu peut se laisser aller trop vite à conclure à la simulation ou au moins à l'exagération.

Quelques blessés progressent à la façon des malades atteints de tabès spasmodique. Ils vont les jambes raides, écartées l'une de l'autre ; il semble que les genoux fléchissent mal et que les pieds se détachent difficilement du sol. En général, l'une des deux jambes est plus faible ou plus raide que l'autre, elle traîne davantage pendant la marche. Les réflexes du genou et du tendon d'Achille sont exagérés ; rarement cependant il existe un véritable clonus du pied.

Ce qui domine le plus souvent, c'est une raideur habituelle de la colonne vertébrale, qui s'étend quelquefois aux jointures du membre inférieur et surtout à la hanche. Le patient se lève et s'asseoit lentement, péniblement, tout d'une pièce, en prenant ou en cherchant instinctivement

un point d'appui pour ses mains. Il semble que les mouvements du rachis soient très limités ou douloureux. Un malade de M. Strümpell décrit un grand cercle pour aller prendre un objet placé derrière lui. Un autre exécute difficilement les mouvements de rotation de la tête. Dans la rue, le blessé s'en va appuyé sur une canne ou sur deux cannes, le tronc incliné en avant. J'ai souvent observé à son insu un mécanicien blessé dans une explosion, au moment où, sortant de chez moi, il descendait mon escalier. D'une main il s'appuie au mur, de l'autre sur sa canne; il descend lentement, posant les deux pieds sur la même marche. Tous les mouvements complexes du tronc et des jambes paraissent causer une fatigue énorme; s'il veut aller plus vite, le patient est pris d'oppression et de palpitations. M. Page attribue cette attitude particulière du tronc à la contusion du rachis. Cette contusion se produit fréquemment, en effet, dans les accidents de chemin de fer, surtout parmi les voyageurs qui ont le dos tourné à la locomotive. Cependant cette attitude du tronc peut persister longtemps encore après l'accident.

D'autres blessés ont une démarche comparable à celle de l'ataxique. D'après M. Oppenheim, ils seraient incapables de se tenir debout les yeux fermés, trouble de la station verticale qu'il serait impossible de distinguer du signe de Romberg. Ailleurs, la démarche est titubante, elle rappelle celle d'un homme ivre, et l'incertitude de la locomotion est due à la fréquence et à l'intensité des sensations vertigineuses. Enfin, dans certains cas, un tremblement de plus en plus prononcé s'empare des membres, dès que le patient se met en marche et dure quelques minutes encore lorsqu'il revient au repos. S'il existe une hémiplégie, les troubles de la locomotion sont naturellement plus marqués de ce

côté, et la démarche du blessé rappelle beaucoup celle de l'hémiplégique vulgaire.

Facies. — La face porte l'empreinte de la tristesse, de l'abattement moral ; l'œil est atone, les traits du visage sont peu mobiles, jamais détendus par un sourire. Tous ces patients appartiennent à la catégorie des neurasthéniques déprimés. Ils ont souvent une sorte de répulsion invincible pour l'activité physique ; ils recherchent le silence, la solitude et l'immobilité. Un de mes malades passait presque toute la journée dans son lit.

Troubles cérébraux. — Le traumatisme peut engendrer de véritables psychoses [1]. Mais dans l'hystéro-neurasthénie traumatique, les troubles de l'intelligence ne sont pas de nature vésanique. Tout au plus les malades présentent-ils de temps en temps, et surtout au début, quelques courts accès de délire émotif, ou bien encore quelques hallucinations hypnagogiques.

Ce qui est vraiment carastéristique de l'état mental des hystéro-neurasthéniques, c'est la fatigue rapide, irrésistible, que produit toujours l'activité des facultés intellectuelles. A une période avancée, l'intelligence peut bien être réellement amoindrie, mais il n'y a pas de conceptions délirantes véritables. Le cercle des idées se rétrécit de plus en plus, même en ce qui concerne la vie journalière et les occupations professionnelles. La pensée reste concentrée sur l'accident lui-même, ses suites immédiates, ses conséquences pour l'avenir. Parfois le souvenir de cet événement prend une fixité et une intensité extraordinaires et semble effacer toutes les autres images de la mémoire.

[1] Azam, *Archives générales de médecine*, février 1881. Ce mémoire contient de nombreuses indications bibliographiques sur les psychoses d'origine traumatique.

Quelques malades, habituellement silencieux, deviennent loquaces quand on leur parle de leur accident. D'autres redoutent, au contraire, d'être interrogés sur ce point; ils répondent d'une voix lente, entrecoupée d'inspirations pénibles, ou bien, comme un malade de M. Vibert, ils sont pris, en parlant, d'un tremblement fibrillaire des lèvres et des muscles de la face. L'indifférence du patient s'étend peu à peu à ses relations, aux siens, à sa propre famille, aux idées et aux sentiments étrangers à ce cercle de plus en plus étroit où s'est réfugié ce qui lui reste d'activité cérébrale.

De toutes les facultés intellectuelles, c'est la mémoire qui est atteinte la première et le plus profondément. Les lacunes du souvenir portent souvent sur l'accident lui-même et sur les faits qui l'ont accompagné ou même précédé. M. Azam et M. Charcot[1] ont signalé des exemples curieux de cette amnésie traumatique rétrograde. Qu'on ajoute à cette amnésie, l'influence de l'émotivité, celle des rêves et des visions hypnagogiques dans lesquelles l'accident est toujours représenté avec des proportions exagérées, celle encore de l'aptitude à la suggestion d'un cerveau toujours déprimé, et l'on comprendra mieux comment beaucoup de blessés, de victimes d'un accident de chemin de fer par exemple, exagèrent la gravité du traumatisme qu'ils ont subi, l'entourent de circonstances dramatiques qui n'ont pas existé, et sont ainsi conduits à raconter avec une réelle bonne foi une histoire plus ou moins imaginaire. C'est encore là un détail important à retenir au point de vue médico-légal. Les lacunes du souvenir intéressent aussi les périodes de la vie antérieure au traumatisme.

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 317.

Le malade oublie des noms qui lui sont familiers, ceux de ses amis, de ses parents, de ses enfants, les dates des principaux événements de son existence, les détails de ses occupations professionnelles. Non seulement la mémoire conserve mal les images du passé, mais elle devient également inhabile aux acquisitions nouvelles. De là des erreurs, des incertitudes, des omissions, autre source de préoccupations hypocondriaques.

La faculté d'attention est bien diminuée. La lecture et l'écriture sont une cause de fatigue cérébrale précoce. Un de mes malades était incapable de lire, pendant plus de deux ou trois minutes, même les faits divers d'un journal. Dans une conversation, dans un interrogatoire par exemple, le patient fait de grands efforts pour suivre l'enchaînement des idées, et ces efforts se trahissent quelquefois par la tension des traits du visage, l'accélération du pouls et de la respiration.

L'émotivité peut être poussée très loin. Les bruits de la rue, les cris des enfants deviennent insupportables. Un objet qui tombe est une cause de tressaillement. Des hommes, autrefois doués d'une grande énergie morale, sont devenus pusillanimes; ils n'ont plus d'empire sur eux-mêmes; pour un motif futile ils se laissent aller aux emportements et aux violentes colères. D'autres ont l'attendrissement facile; qu'on les interroge sur leur maladie, ils se mettent à pleurer.

Il n'y a pas de formes de l'épuisement nerveux où l'aboulie, l'affaiblissement de la volonté, soit aussi prononcé que dans l'hystéro-neurasthénie traumatique. Souvent le malade a si bien conscience de son impuissance morale, que sans cesse il doute de lui-même. Ainsi, l'on voit des ouvriers, autrefois actifs et laborieux, incapables

du moindre effort pour reprendre quelque activité ; ls passent leur vie dans la plus complète oisiveté et ne font rien pour en sortir.

La plupart de ces blessés sont plongés dans un état constant de tristesse invincible. Ils voient toute chose par le mauvais côté. Ils se préoccupent de leur santé, redoutent l'incurabilité de leur mal, deviennent facilement hypocondriaques. De là, une tendance de plus en plus marquée à l'exagération de toutes les sensations pénibles qu'ils éprouvent; de là, aussi, comme le fait remarquer M. Oppenheim, l'origine d'un certain nombre des symptômes de la maladie. Lorsque cette idée d'incurabilité a profondément pénétré dans un cerveau neurasthénique, elle y fait naître la pensée du suicide. Il est vrai que l'affaiblissement de la volonté en prévient le plus souvent l'exécution. J'en connais pourtant deux exemples, et il s'agissait de deux malheureux ouvriers qui l'un et l'autre avaient été soupçonnés de simulation.

Les états d'anxiété sont très fréquents. Quelques malades vivent dans un état d'anxiété continuelle ; ils sont sans cesse dans la situation d'un homme qui s'attend à un grand malheur. Chez d'autres, l'anxiété est bien plus prononcée et survient par accès, sous l'influence d'une émotion, d'une fatigue, d'un objet ou d'une parole qui ravive le souvenir de l'accident. Un chef de train, observé par M. Charcot, était pris de tremblement et d'angoisse, s'il voyait un train en marche ou s'il entendait le sifflet d'une locomotive. On a vu se développer une des formes les plus intenses de l'anxiété, l'agoraphobie, à la suite d'un traumatisme. L'accès anxieux des blessés hystéro-neurasthé-

[1] Viberi, *loc. cit.*, p. 39.

niques s'accompagne aussi de phénomènes objectifs, la pâleur du visage, l'état nauséeux, la faiblesse du pouls, l'accélération de la respiration.

L'insomnie est à peu près la règle pendant les premiers mois qui suivent l'accident, puis elle diminue ou même cesse entièrement; mais il n'est pas rare qu'elle reparaisse par périodes plus ou moins longues et qu'elle persiste ainsi, sous cette forme paroxystique, pendant de très longues années. Au début, cette insomnie s'accompagne quelquefois d'agitation presque inconsciente; le malade quitte son lit, va et vient dans une salle d'hôpital, troublant le repos de ses voisins, et, le matin, il a presque perdu le souvenir de ce qu'il a fait pendant la nuit (Oppenheim). Tous les observateurs, et particulièrement M. Charcot, ont insisté sur la fréquence et le caractère effrayant des rêves qui troublent le sommeil de ces malheureux blessés. Ce sont des figures grimaçantes, des animaux féroces qui menacent le patient, des murs qui s'écroulent, des échafaudages qui tombent, des précipices qui s'ouvrent tout à coup sous les pas du rêveur. Au milieu de ces images terribles dominent presque toujours, et pendant longtemps, celles qui rappellent l'accident. J'ai déjà signalé cette curieuse observation de M. Charcot : si le blessé est atteint d'amblyopie unilatérale, c'est du côté de l'œil amblyopique que se montrent surtout les objets du rêve, et, quand ces objets se déplacent, ils vont du côté de l'œil amblyopique vers celui de l'œil resté sain. L'image visuelle peut acquérir une telle intensité, qu'elle persiste pendant quelques instants après le réveil, sous forme d'une hallucination passagère. D'autres fois, cette même image apparaît encore dans cet état du cerveau intermédiaire entre la veille et le sommeil, et cette vision hypnagogique empêche le malade de s'endormir.

Le vertige se rencontre aussi dans l'hystéro-neurasthénie traumatique. Tantôt c'est un état vertigineux habituel peu prononcé, et le patient se trouve sans cesse dans la situation d'un homme penché au bord d'un précipice; tantôt ce sont de vrais accès de vertige, qui surviennent spontanément, ou bien qui sont provoqués par les émotions, l'effort intellectuel, la marche, l'usage, même modéré, de l'alcool et du tabac.

La céphalée est plus constante encore. Elle présente ici les mêmes caractères que j'ai déjà décrits. Chez quelques malades, blessés à la tête, la percussion du crâne est très douloureuse. Habituellement la céphalalgie est continue, exaspérée par l'effort intellectuel, mais elle reste modérée et ne prend pas les allures d'une douleur névralgique. Un malade de M. Oppenheim avait cependant des douleurs de tête très intenses.

Le délire est le plus rare des symptômes cérébraux. Le plus souvent, il s'agit d'accès passagers de délire émotif avec hallucinations se rapportant à l'accident. M. Vibert a observé deux cas de manie, mais, dans ces deux cas, il existait très probablement des lésions du cerveau. J'ai cité précédemment, à propos de la forme neurasthénique pure, une observation de M. Guinon, dans laquelle une période de délire avec hallucinations dura pendant trois ou quatre jours. M. Oppenheim signale un cas de M. Thomsen qui débuta par un délire de trois jours, caractérisé par des idées de grandeur et de persécution, et à la suite duquel se sont développés les symptômes de la névrose traumatique.

Troubles sensitifs et sensoriels. — Après les grands traumatismes, les douleurs font rarement défaut et elles peuvent durer fort longtemps. Le point blessé est presque

toujours douloureux. L'exploration la plus attentive n'y fait rien découvrir d'anormal, et cependant le patient continue à se plaindre d'y souffrir. La douleur n'est pas seulement superficielle; elle paraît intéresser aussi les os, les jointures, les muscles, les parties profondes. Les plus communes de ces algies sont celles du tronc; elles se font sentir dans le dos, dans les épaules, dans les lombes, autour du thorax. Elles sont exaspérées par les mouvements; aussi paraissent-elles contribuer beaucoup à l'attitude et à la démarche si caractéristiques des blessés. Il existe fréquemment le long du rachis, sur les apophyses épineuses ou au niveau des articulations latérales, des points particulièrement douloureux, soit spontanément, soit à la pression profonde ou même superficielle. Ces points vertébraux ne sont pas sans valeur pour le diagnostic.

Des troubles de la sensibilité générale ont été notés dans le plus grand nombre des observations. Les malades éprouvent un peu partout, mais surtout dans les membres, les sensations subjectives les plus diverses, qu'ils décrivent parfois en termes étranges. Ce sont des sensations de picotement, de fourmillement, de froid ou de chaleur, d'endolorissement, de cuisson, de brûlure, etc. Comme le fait remarquer M. Oppenheim, ces troubles sensitifs fournissent ample matière aux méditations hypocondriaques des patients.

L'hypéresthésie atteint souvent la partie lésée par le traumatisme. Quand il s'agit d'une arthralgie, d'une coxalgie hystéro-traumatique par exemple, la peau qui recouvre l'articulation est le siège d'une vive hyperesthésie, la moindre excitation du tégument est très douloureuse; ce signe important est connu sous le nom de signe

de Brodie. A la suite des accidents de chemin de fer qui produisent souvent la commotion et la contusion du rachis, on observe, chez beaucoup de blessés, l'hyperesthésie de la peau dans la région dorsale. La rachialgie lombaire est également commune. Dans quelques cas, cette rachialgie se localise au niveau du sacrum, où le patient éprouve des sensations de pression, de constriction ; c'est là ce que M. Charcot nomme la plaque sacrée, signe fréquent dans la neurasthénie spinale et aussi dans l'hystéro-neurasthénie traumatique.

L'hémianesthésie paraît être signalée plus souvent dans les observations françaises que dans les observations étrangères. Elle présente des caractères analogues à ceux de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle de l'hystérie spontanée. Elle se montre du côté de la paralysie motrice ou de la contracture, et semble une extension de la zone anesthésique développée au niveau du traumatisme. En effet, dans quelques cas, on a remarqué que la perte de la sensibilité est d'autant moins prononcée, que l'exploration porte sur une région plus éloignée du point blessé. L'hémianesthésie peut être un symptôme précoce; il est difficile d'en marquer le début, car les malades ne s'en aperçoivent pas le plus souvent, et il faut la chercher pour la découvrir. Je l'ai constatée chez deux de mes malades, quatre mois et un an après le traumatisme, mais ni l'un ni l'autre n'en parlaient spontanément. D'après M. Oppenheim, la perte de la sensibilité générale serait rarement complète et exactement limitée par la ligne médiane du tronc ; les troubles sensoriels feraient aussi souvent défaut ou n'intéresseraient qu'un sens, la vue particulièrement.

[1] Vibert, *loc. cit.*, p. 39.

— Dans beaucoup de cas, l'anesthésie est diffuse, bilatérale, et porte sur des régions plus ou moins étendues de la peau; elle peut même occuper toute la surface du tégument. — M. Oppenheim a observé l'anesthésie dissociée; ainsi la sensibilité tactile est conservée et celle à la douleur a disparu. La perte du sens musculaire et de la sensibilité articulaire est très commune. — La limite des zones anesthésiques n'est pas toujours fixe, immuable; elle peut varier entre deux explorations. Le médecin légiste qui ne connaît pas ce phénomène peut mal l'interpréter et y voir à tort la preuve de la simulation. — Les muqueuses sont intéressées comme la peau. Dans plusieurs cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, on a constaté les anesthésies de la conjonctive, de la pituitaire, de la muqueuse buccale, du pharynx. On sait que cette anesthésie du pharynx est commune dans toute les formes de l'hystérie et qu'elle figure parmi les stigmates de la névrose.

Chez tous les malades qu'on présume atteints d'hystéro-neurasthénie, il faut très soigneusement étudier les troubles des organes des sens. Ils peuvent beaucoup servir pour fixer le diagnostic. — Ceux de la vue sont les plus communs et les plus dignes d'attention. Ils ont les mêmes caractères que les troubles visuels de l'hystérie spontanée. Quelques malades ont de l'hypéresthésie rétinienne; ils fuient la lumière, recherchent l'obscurité. D'autres sont incommodés par la vision importune de points brillants, de flammèches, de mouches volantes. La sensibilité de la cornée a toujours été trouvée intacte. Le réflexe pupillaire peut être exagéré; il n'est jamais aboli; quand il l'est complètement, il s'agit probablement d'une lésion organique. Les deux pupilles sont quelquefois inégales, et la plus dilatée est celle du côté des paralysies motrices et

de l'hémianesthésie. Cette inégalité des pupilles se produit ou s'accuse davantage surtout au moment des accès d'anxiété. M. Vibert a signalé la parésie de l'accommodation, et M. Oppenheim, un certain degré d'insuffisance des muscles droits internes pendant la convergence. La diplopie monoculaire, si bien étudiée par M. Parinaud dans l'hystérie spontanée, se voit aussi dans l'hystéro-neurasthénie traumatique. L'amblyopie, plus ou moins prononcée, est unilatérale ou bilatérale; unilatérale, elle intéresse l'œil du côté de l'hémianesthésie. Il en est de même du rétrécissement périphérique du champ visuel. Ce signe n'est pas toujours très marqué, et, pour le mettre en évidence, l'exploration doit être faite méthodiquement, à l'aide du campimètre. C'est le plus commun des troubles visuels; il peut même exister seul, associé ou non à l'hémianesthésie. La vision des couleurs est quelquefois modifiée; on a rencontré la dyschromatopsie et le rétrécissement du champ de la vision colorée. Le rouge est la couleur qui subsiste le plus longtemps ; le cercle qui délimite la vision du rouge se transporte en dehors de celui qui délimite la vision du bleu. Dans les cas d'hystéro-neurasthénie pure, sans complication de lésions organiques des centres nerveux, l'examen ophtalmoscopique démontre l'intégrité de la papille. Il n'y a pas non plus de paralysie des muscles moteurs oculaires.

Les troubles de l'ouïe sont les plus importants après ceux de la vue. L'hyperacousie a été quelquefois notée; le moindre bruit est incommode; les blessés recherchent le silence; ils ont des sifflements dans les oreilles. Le plus souvent l'acuité auditive est diminuée, tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul côté, et, dans ce cas, du côté de l'hémianesthésie. Le goût peut être diminué ou perverti;

un malade de M. Strümpell ne sentait pas l'amertume de la quinine; un autre de M. Vibert trouvait un goût de moisi à toutes les substances sapides qu'on lui mettait dans la bouche. On rencontre des troubles analogues de l'odorat, abolition complète, diminution ou perversion.

Troubles moteurs. — Nous retrouvons ici l'asthénie neuro-musculaire déjà bien des fois signalée. Elle est à peu près constante, et souvent très prononcée dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. Elle se manifeste par l'apparition rapide de la sensation de fatigue, l'impossibilité de se livrer à un travail actif, de marcher, ou même de rester debout au delà d'un certain temps. Les jambes paraissent lourdes. Les mains ne donnent qu'une pression dynamométrique égale à peine à la moitié de celle que comporterait le développement du système musculaire. L'asthénie peut être plus marquée dans les membres supérieurs ou dans les inférieurs, plus souvent dans ceux-ci, quelquefois même dans un seul membre. Elle s'accompagne encore de tremblement, si le malade cherche à résister à la sensation de fatigue. Les mouvements volontaires complexes sont surtout affaiblis; les mouvements réflexes, instinctifs, le sont beaucoup moins. Ainsi, le patient déploie une énergie musculaire dont il s'était déclaré incapable, s'il s'agit de se retenir dans une chute, d'éviter un danger probable. Un grand effort de volonté peut aussi accroître momentanément la force motrice, habituellement insuffisante. — On a diversement expliqué cette asthénie neuro-musculaire de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Elle a été attribuée aux douleurs des membres et de la colonne vertébrale, exaspérées par les mouvements (Page), à l'affaiblissement de l'innervation intentionnelle et à un certain degré de rigidité des muscles (Strümpell),

à un obscurcissement de la mémoire des images motrices (Oppenheim). Cette dernière hypothèse est assez vraisemblable. En effet, ce sont surtout les mouvements volontaires qui sont affaiblis, et de plus, quand on observe attentivement un de ces blessés exécutant un mouvement un peu complexe, on est frappé des grands efforts qu'il fait pour obtenir un résultat médiocre. Il semble qu'il y y ait une distribution vicieuse et irrégulière de la force nerveuse, dont la cause pourrait bien être cet affaiblissement de la mémoire des images motrices.

A l'asthénie neuro-musculaire sont quelquefois associées des contractures ou des paralysies véritables, hémiplégies, monoplégies, paraplégies. Ces troubles de la motilité ont été déjà décrits à propos de l'hystérie traumatique locale et générale. Je n'ai donc pas à y revenir.

Les attaques hystériques sont plus souvent présentes dans les observations françaises que dans les observations étrangères. L'attaque est parfois incomplète ; elle ne dépasse pas les phénomènes de l'aura. Dans la grande attaque, les hallucinations de la quatrième période sont fréquemment des images terribles, qui rappellent et amplifient les circonstances dramatiques dans lesquelles l'accident s'est produit. Les petites attaques sont souvent prises par les malades eux-mêmes ou par leur entourage pour des accès de syncope ou de vertige.

Les muscles sont parfois agités de petites secousses fibrillaires. Ces secousses apparaissent surtout sous l'influence de la fatigue ou de l'émotion. Un malade de M. Vibert, ému par l'examen médical, avait une trémulation de plus en plus marquée des muscles du visage. Aux secousses fibrillaires s'ajoutent encore quelques soubresauts des tendons.

Le tremblement a été noté dans beaucoup d'observations. Il apparaît aussi sous l'influence de la fatigue et de l'émotion, et peut troubler la marche et les mouvements intentionnels. Il est plus ou moins généralisé, mais intéresse particulièrement la tête, le visage et les membres supérieurs. Il affecte diverses formes. Le plus souvent, c'est un tremblement à oscillations brèves et rapides (six à huit à la seconde), plus rapides que celles du tremblement de la sclérose en plaques et de la paralysie agitante. Il ressemble davantage au tremblement de la maladie de Basedow. M. Oppenheim signale un tremblement qui rappelle celui de la sclérose en plaques, mais il en diffère en ce qu'il est beaucoup plus influencé par l'émotion. Le même observateur[1] a vu deux cas de névrose traumatique accompagnée d'un tremblement assez semblable à celui de la paralysie agitante, dont il se distingue cependant en ce qu'il est moins constant, cesse si l'attention du malade est vivement sollicitée, diminue beaucoup dans un cas sous l'influence du traitement, et coïncide avec des troubles sensitifs et sensoriels propres à l'hystérie traumatique.

Le plus commun des troubles de la parole, est une sorte de lenteur, de difficulté dans l'articulation des mots. On dirait que le patient se sert d'un langage qui ne lui est pas familier. Il s'arrête brusquemment, comme s'il ne trouvait pas le mot propre pour exprimer sa pensée. Qu'on ajoute à ces troubles d'origine psychique, le tremblement émotif des lèvres et de la langue, et l'on comcomprendra que la parole de ces hystéro-neurasthéniques ait été comparée à celle des malades atteints de paralysie générale. Ailleurs la parole est plutôt scandée, entre-

[1] Oppenheim, *Charité-Annalen*, 1889.

coupée d'impirations profondes et pénibles; ce caractère apparaît particulièrement pendant les accès d'anxiété. Des malades de M. Charcot ont eu des accès de mutisme hystérique. M. Oppenheim[1] a cité un cas de trouble de la parole semblable au bégayement.

Quand il s'agit d'hystéro-neurasthénie pure, sans mélange de lésion organique, il n'y a jamais de véritable paralysie des nerfs crâniens. Jusqu'à présent, ce fait garde une grande valeur au point de vue du diagnostic[2]. M. Oppenheim a indiqué une certaine difficulté momentanée dans l'exécution de mouvements complexes des lèvres et de la langue, et qui paraît imputable, soit à l'affaiblissement de la mémoire des images motrices, soit à la diminution des sensibilités de la langue et de la muqueuse buccale. Un malade ne peut tirer la langue hors de la bouche, malgré de grands efforts volontaires, mouvement que, quelques instants après, il exécute très bien, sans y penser, d'une façon toute instinctive. La langue est quelquefois déviée, mais tantôt à gauche, tantôt à droite. Cette déviation peut être due aussi à l'hémispasme glosso-labié de l'hystérie.

État des réflexes. — Les réflexes tendineux sont normaux, exagérés ou un peu diminués, jamais complètement abolis. Dans un cas où le réflexe rotulien paraissait manquer, il fut mis en évidence par le procédé de Jendrassik. M. Strümpell n'a jamais constaté une abolition véritable des réflexes tendineux, et M. Combs-Knapp les

[1] Oppenheim, *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 29.

[2] Cependant M. Debove (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, novembre 1890) vient de publier une observation de paralysie des nerfs moteurs oculaires communs d'origine traumatique et qu'il considère comme étant de nature hystérique.

a trouvés le plus souvent exagérés[1]. Dans quelques cas, cette exagération s'accompagne de clonus du pied. La contraction provoquée par la percussion du ligament rotulien peut s'étendre à la plupart des groupes musculaires du membre inférieur. Parfois les réflexes tendineux n'ont pas des deux côtés la même intensité. Cependant une exagération considérable, allant jusqu'à la trépidation spinale, doit faire craindre l'existence d'une lésion organique de la moelle épinière.

Quant aux réflexes cutanés, ils varient suivant les différents états de la sensibilité cutanée. Ils sont diminués ou abolis dans les zones d'anesthésie, augmentés, au contraire, dans celles d'hyperesthésie. Les réflexes crémastérien et abdominal sont conservés dans la très grande majorité des cas. M. Strümpell a vu l'exagération et la disparition du réflexe plantaire. Chez un malade de M. Oppenheim, la piqûre de la plante du pied avec une aiguille produisait, non le redressement, mais l'abaissement du pied avec écartement des orteils. L'anesthésie des muqueuses de l'œil et du nez entraîne la diminution ou même la suppression des réflexes conjonctival et nasal.

Troubles circulatoires. — Les troubles circulatoires sont entièrement comparables à ceux que j'ai décrits dans le chapitre consacré à l'étude des symptômes de la neurasthénie. Ils sont fort importants pour le diagnostic, car ils rentrent dans la catégorie peu nombreuse des symptômes objectifs. Les caractères du pouls le plus souvent notés sont par ordre de fréquence : l'accélération, la petitesse, l'intermittence, l'inégalité, l'irrégularité. Au

[1] Combs-Knapp, Mémoire analysé *in Annales d'hygiène publique*, janvier 1890.

repos du corps et de l'esprit, le pouls bat 90 à 100 fois, mais, au moindre effort, à la moindre émotion, on compte 130, 140 et même 150 pulsations à la minute. Quelquefois la tachycardie est vraiment permanente, et, même pendant le sommeil, le pouls est encore accéléré à plus de 100 pulsations. Le cœur est donc très irritable, et des causes fort légères, excitations physiques et morales, suffisent à provoquer des accès de palpitations. D'après les observations de M. Oppenheim, cette tachycardie, qui est d'abord un trouble purement fonctionnel, peut, avec le temps, produire la fatigue du cœur et aboutir à la dilatation des cavités et à l'hypertrophie du muscle cardiaque. Dans tous les cas où ces troubles de la circulation ont été très prononcés, il y a eu shock nerveux, très forte émotion morale. M. Oppenheim signale encore une autre conséquence possible de ces troubles fonctionnels, l'artériosclérose des vaisseaux artériels périphériques. — Il existe aussi des désordres de l'innervation vaso-motrice : cyanose, œdème, abaissement de la température des extrémités, poussées congestives du cerveau, de la face et du tronc, ménorragies (Page), sueurs immodérées du visage et des mains (Page, Vibert).

Troubles digestifs. — Des troubles digestifs sont fréquemment associés aux phénomènes morbides du système nerveux. Ils apparaissent parfois immédiatement après l'accident et avec une certaine intensité ; ce sont alors l'anorexie, les nausées, les vomissements, la diarrhée, qu'on observe le plus souvent. M. Benedikt [1] a rapporté un cas de névrose traumatique avec crises gastriques et vomissements, comparables aux crises des

[1] Benedikt, *Berlin. klin. Wochens.*, décembre 1888.

tabétiques; mais, dans ce cas, il existait très probablement des lésions organiques des centres nerveux. — Je viens d'observer un fait analogue, sauf l'intensité, chez un emlodyé de chemin de fer, qui, en tombant dans une excavation du sol qu'il ne voyait pas, eut une contusion de l'épigastre. C'est un pur neurasthénique aujourd'hui, cinq mois après l'accident, pâle et très amaigri. Il a des crises gastralgiques, il est vrai de courte durée, et, quatre heures après l'ingestion d'un verre de lait, j'ai trouvé le contenu stomacal très riche en acide chlorhydrique libre. — Longtemps après l'accident, quelques malades ont encore des accès de diarrhée ou des vomissements rares, non précédés de douleurs gastriques. — Ce qu'on observe le plus souvent, ce sont les deux formes de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Après le repas, le patient éprouve des sensations incommodes de pesanteur à l'épigastre; il a des bouffées de chaleur au visage, de la somnolence, de la torpeur cérébrale. La constipation est à peu près la règle, et elle est parfois très prononcée.

La nutrition générale peut cependant rester satisfaisante; il y a peu d'anémie et peu d'amaigrissement. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans quelques cas, la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale existe déjà quelques mois seulement après le traumatisme, et l'on peut même constater l'apparition précoce de la dilatation de l'estomac. Ces quelques mois suffisent pour transformer le patient et en faire un homme anémique et très amaigri. M. Strümpell a vu ces troubles de la nutrition entraîner un vieillissement rapide avec blancheur et chute des cheveux, et M. Vibert, frappé de l'évolution prompte et de l'intensité de cette déchéance organique, la désigne du nom de *cachexie traumatique*.

Température. — La température reste normale. Cependant M. Oppenheim signale une sorte de fièvre nerveuse qui procède par petits accès, durant lesquels la température atteint et dépasse même 39°.

Troubles génito-urinaires. — S'il n'y a pas de lésions organiques des centres nerveux, les troubles graves des fonctions de la vessie font entièrement défaut. Tout au plus observe-t-on, et d'une façon toute passagère, un peu de paresse ou d'irritabilité de la vessie. M. Strümpell signale une diminution de la sécrétion urinaire, imputable au ralentissement de la nutrition générale. Je trouve la polyurie notée dans une observation de Guinon [1] et dans une autre de M. Oppenheim [2]. Dans un cas de M. Vibert, la polyurie s'accompagnait d'une légère glycosurie. Ces troubles de la sécrétion rénale sont sans doute d'origine purement nerveuse.

Chez l'homme atteint d'hystéro-neurasthénie traumatique, l'impuissance plus ou moins complète manque fort rarement. Un malade de M. Charcot eut cependant, avant d'être frappé d'impuissance, une période de priapisme. L'appétit sexuel diminue, l'érection est incomplète, insuffisante, vite terminée par une éjaculation prématurée. Puis cet état aboutit à la frigidité et l'impuissance. Enfin, M. Oppenheim a observé la spermatorrhée sans érection.

[1] Guinon, thèse citée, p. 257.
[2] Oppenheim, *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 29.

V. DIAGNOSTIC

Il faut considérer d'abord les cas appartenant aux deux premières catégories, ensuite ceux qui forment les troisième et quatrième catégories. Ainsi sont constitués deux groupes de faits cliniques que distingue l'absence ou la présence des symptômes neurasthéniques.

Hystérie locale. Hystérie locale et générale. — Dans le premier groupe, nous avons affaire à des phénomènes hystériques exclusivement. Ce sont surtout des paralysies motrices, des contractures, des arthralgies. M. Berbez a bien exposé cette question du diagnostic différentiel de l'hystéro-traumatisme. Je lui emprunte la plupart des détails qui vont suivre.

En général, la relation causale est assez facile à établir entre le traumatisme et le phénomène morbide dont il s'agit de reconnaître la nature hystérique. Ce phénomène, une paralysie par exemple, a paru, soit immédiatement, soit quelques jours seulement après l'accident. C'est le membre blessé qui est le siège de la monoplégie ou de la paralysie segmentaire. S'agit-il d'une hémiplégie, elle se trouve du même côté qu'une blessure de la tête, ou bien, si la blessure a porté sur un membre, à la monoplégie initiale de ce membre s'est associée, plus ou moins promptement, la monoplégie e l'autre membre du même côté. — La question est plus difficile à résoudre, s'il s'agit d'un cas à début tardif, si par exemple la paralysie n'apparaît que plusieurs mois, ou même plus d'un an, après l'accident. Dans ce long intervalle, diverses causes peuvent être suspectées d'avoir produit une paralysie hystérique, qui

sont étrangères à la blessure elle-même, comme une maladie aiguë, l'alcoolisme, le saturnisme. Il n'y a pas d'autre moyen de trancher la difficulté que de faire une minutieuse enquête sur cette période intercalaire. L'influence déterminante du traumatisme peut être admise, ou du moins paraître très vraisemblable, si toute autre cause fait défaut, ou bien encore si, dès les premiers jours qui ont suivi le traumatisme, on a constaté quelque modification dans l'état mental du blessé, ou quelques troubles nerveux, vagues, mal caractérisés, et qui, depuis, semblaient avoir disparu. On comprend aisément l'importance et les difficultés de cette question au point de vue médico-légal.

L'influence causale du traumatisme étant bien établie, il faut arriver au diagnostic de la nature hystérique du phénomène morbide observé.

Paralysie. — Prenons en premier lieu le symptôme le plus commun, la paralysie. Règle générale, on ne pense pas tout de suite à l'hystérie ; on y arrive par exclusion et après avoir passé, suivant l'étendue de cette paralysie, par les hypothèses de la névrite et d'une lésion d'origine traumatique de la moelle ou du cerveau.

Une paralysie de la main, de la main et de l'avant-bras, même du bras tout entier, éveille l'idée d'une névrite périphérique intéressant, soit un des nerfs du bras, soit une partie ou la totalité des racines du plexus brachial. Nous connaissons bien aujourd'hui les paralysies radiculaires du plexus brachial, dont il existe deux formes, l'une supérieure, l'autre inférieure, les deux formes pouvant d'ailleurs se combiner sur le même individu. Or, les symptômes de la névrite sont fort différents de ceux que présentent les paralysies hystéro-traumatiques du bras, partielles, segmentaires, ou allant jusqu'à la monoplégie.

— Un des meilleurs caractères différentiels réside dans la topographie de la zone anesthésique. S'agit-il d'une névrite, cette zone correspond à la distribution cutanée bien connue d'une branche nerveuse; s'agit-il d'une paralysie hystérique, l'anesthésie se limite en haut par une ligne circulaire, perpendiculaire à l'axe du membre; elle figure, suivant l'extension qu'elle peut prendre, un gant, une manchette, une manche de veste. — Même caractère différentiel en ce qui concerne les troubles de la motilité : la paralysie de la névrite frappe les muscles innervés par un nerf moteur, ceux-là seulement, et fort souvent donne à la main une attitude particulière; la paralysie hystéro-traumatique intéresse les muscles d'un segment de membre, et généralement les muscles associés pour certains mouvements d'une articulation, ou bien elle envahit tous les groupes musculaires du membre et produit une impotence motrice totale, une monoplégie. — L'anesthésie hystérique frappe, plus complètement que celle de la névrite, tous les modes de la sensibilité et surtout les sensibilités musculaire et articulaire. — Les réactions électriques de la paralysie hystéro-traumatique sont normales, ou bien on constate seulement une légère diminution quantitative de l'excitabilité électro-musculaire. Ces réactions sont altérées dans les névrites, et, s'il s'agit de la forme grave, il y a toujours réaction de dégénérescence. — Les troubles trophiques de la peau et des muscles appartiennent à la névrite. L'atrophie musculaire a été vue dans l'hystéro-paralysie, mais elle y est fort rare, et, caractère important, elle ne s'y accompagne pas de réaction de dégénérescence ni même de perte de la contractilité faradique. — Les réflexes tendineux, abolis dans la paralysie de la névrite, sont conservés ou même exagérés dans celle de l'hystéro-traumatisme. —

Les paralysies radiculaires du plexus brachial[1] peuvent être produites par le traumatisme, surtout la supérieure. Elles se distinguent aisément par la distribution très spéciale des troubles moteurs et sensitifs. Dans la forme supérieure, l'impotence motrice porte sur le groupe musculaire d'Erb-Duchenne : le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur. Dans la forme inférieure, outre la localisation des troubles moteurs et sensitifs à la main et à l'avant-bras, on observe des phénomènes oculo-pupillaires : le myosis, le rétrécissement de la fente palpébrale, la petitesse et la rétraction du globe oculaire.

Toutes ces considérations sont applicables aux névrites et aux paralysies, segmentaires ou monoplégiques, du membre inférieur.

Il serait difficile de confondre une double monoplégie crurale hystéro-traumatique avec une paraplégie due à une lésion de la moelle épinière. S'il s'agit d'une myélite dorso-lombaire intéressant la substance grise, il y a des atrophies musculaires, une abolition des réflexes, une escarre sacrée, des troubles graves de la miction et de la défécation, etc., symptômes qui n'appartiennent point à la paraplégie hystérique. Un foyer de contusion de la partie supérieure du renflement lombaire de la moelle, une myélite transverse limitée à la même région, provoquent l'un et l'autre une paraplégie spasmodique, dans laquelle les phénomènes qui traduisent l'exagération du pouvoir réflexe de la moelle, le clonus du pied, la trépidation spinale, la contracture imminente ou déjà réalisée, sont toute autre chose que cette légère augmentation des réflexes tendineux quelquefois observée dans les cas de paraplégie

[1] Klumpke, *Revue de médecine*, 1885.

hystéro-traumatique. Ajoutons encore que les troubles sensitifs de cette dernière paralysie sont généralement beaucoup plus marqués et plus complets, puisqu'ils intéressent tous les modes de la sensibilité et même la sensibilité articulaire. De plus, ces troubles sensitifs hystériques ont une délimitation supérieure très caractéristique, les deux zones anesthésiques figurant un double gigot.

Il est une forme de paraplégie, quelquefois d'origine traumatique, qui, au premier abord, pourrait être prise pour une monoplégie crurale hystéro-traumatique. Je veux parler du syndrome de M. Brown-Sequard, de l'hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée[1]. Comme l'indique ce terme proposé par M. Charcot, les troubles moteurs et sensitifs sont dissociés ; la paralysie motrice se trouve du côté de la lésion spinale et l'anesthésie du côté opposé. Cette dissociation des symptômes est par elle-même assez caractéristique ; peu-têtre n'est-il pas impossible que l'hystérie soit capable de réaliser une dissociation analogue, mais je n'en ai tlouvé aucun exemple dans les nombreuses observations d'hystéro-traumatisme que j'ai parcourues.

Une hémiplégie peut être attribuée à une lésion cérébrale. Or l'hémiplégie cérébrale organique se distingue tout de suite par la participation du facial inférieur à la paralysie, laquelle fait défaut dans l'hémiplégie hystéro-traumatique, comme dans l'hémiplégie hystérique. Nous savons que cette hémiplégie hystérique peut cependant s'accompagner d'une déviation de la face et de la langue, et il est encore possible que la langue soit, comme quand il s'agit d'une paralysie cérébrale organique, déviée du

[1] V. *in* thèse de Vinot, Paris, 1876, uue bonne description de cette paraplégie et la relation de plusieurs observations.

côté des membres paralysés. Mais cette déviation de la face et de la langue est due au spasme glosso-labié de M. Charcot, et, avec quelque attention, il est facile de distinguer un état spasmodique d'une véritable paralysie du facial inférieur et de la langue. L'hémiplégie hystérique s'accompagne d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. L'hémiplégie organique, si la lésion intéresse la partie postérieure de la capsule interne, produit aussi une hémianesthésie du même genre. Mais le facial inférieur est touché, et, de plus, l'anesthésie n'atteint pas le sens musculaire et la sensibilité articulaire au même degré que l'hémianesthésie hystérique ou hystéro-traumatique.

La monoplégie brachiale ou crurale de l'hystéro-traumatisme donne assez bien, à première vue, l'image d'une monoplégie cérébrale organique, due à une lésion limitée, à l'un des centres corticaux moteurs de la région rolandique. Cependant le diagnostic est généralement facile. S'il est vrai, d'après les travaux de M. Pétrina et de M. R. Tripier, que les paralysies motrices corticales puissent s'accompagner d'un certain degré d'anesthésie, cette anesthésie est peu prononcée, n'existe guère qu'au début de la paralysie, et ne peut être comparée à l'anesthésie des monoplégies hystéro-traumatiques, laquelle est très marquée, intéresse tous les modes de la sensibilité et se limite d'une façon si caractéristique par une ligne circulaire à la racine du membre. Remarquons encore que la paralysie motrice elle-même est généralement plus prononcée dans la monoplégie hystéro-traumatique que dans la monoplégie de cause organique.

Contracture. — Le diagnostic de la contracture hystéro-traumatique est plus facile que celui de la paralysie ; elle ne peut guère être confondue qu'avec la contracture

de Volkmann et celle que provoquent les lésions cérébrales et spinales quand elles s'accompagnent de dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal.

La contracture de Volkmann apparaît quelquefois dans les membres dont la circulation artérielle a été compromise par l'application d'un bandage ou d'un appareil trop serré. M. Charcot[1] la compare à la rigidité cadavérique, et Volkmann l'avait attribuée lui-même à la coagulation de la myosine des fibres musculaires. On sait d'autre part que l'application d'un bandage ou d'un appareil peut être, sinon la cause exclusive, au moins la cause occasionnelle d'une contracture hystéro-traumatique (obs. VIII de M. Berbez). Or, dans la contracture de Volkmann, les réactions électriques sont profondément modifiées et la rigidité musculaire ne disparaît pas pendant le sommeil chloroformique. La contracture hystéro-traumatique, au contraire, présente des réactions électriques normales et cesse sous l'influence du chloroforme. — Il y a plus d'analogie entre la contracture hystéro-traumatique et celle qui est due à une lésion secondaire du faisceau pyramidal. Mais la première est plus intense, persiste sans modification pendant le sommeil normal, s'accompagne de troubles marqués et presque spéciaux de la sensibilité, tandis que la seconde est moins prononcée, diminue notablement pendant le sommeil, reste encore atténuée plusieurs heures après le réveil et n'est point associée à une anesthésie aussi complète ni aussi profonde. D'ailleurs les conditions qui président au développement de ces deux sortes de contractures sont bien dissemblables, et il est généralement aisé d'en établir la distinction.

[1] Berbez, thèse, et *Progrès médical*, octobre 1886.

Arthralgie. — L'arthralgie hystéro-traumatique est soupçonnée par exclusion, quand il paraît bien établi que, dans cette jointure très douloureuse et fixée par une contracture intense, il n'y a cependant pas de véritables lésions ni des os, ni des parties molles. L'anesthésie chloroformique est nécessaire. Elle permet de reconnaître cette intégrité des parties constituantes de l'articulation. Pendant le sommeil anesthésique, la contracture cesse, et l'on peut même obtenir une résolution complète; les mouvements communiqués sont très étendus, les surfaces articulaires glissent sans bruit, et, les deux membres étant placés dans la même attitude, il n'y a pas de déformation de la jointure malade. A ces signes constatés pendant le sommeil anesthésique, on peut ajouter d'autres caractères, propres à l'arthralgie hystéro-traumatique et qui peuvent aider à la distinguer des arthrites et des lésions articulaires douloureuses : le début brusque, le peu d'intensité du traumatisme, hors de proportion avec le résultat produit, la violence de la douleur, l'hyperesthésie très vive et très superficielle de la peau qui recouvre la jointure malade, la limitation de cette hyperesthésie par une ligne semblable à celle qui termine la zone anesthéique de la paralysie du même membre.

En procédant ainsi, nous éliminons l'hypothèse d'une lésion organique, et nous arrivons à conclure que paralysies, contractures, arthralgies sont de nature purement fonctionnelle. Alors il faut bien penser à l'hystérie, à l'hystéro-traumastime. Cette marche a nécesité une analyse détaillée du phénomène morbide. Nous en connaissons bien maintenant tous les caractères cliniques. Ces caractères sont ceux qui appartiennent aux manifestations de l'hystérie. Il reste donc à rechercher les stigmates de la névrose. Ils existent le plus souvent, et nous avons alors

affaire à l'hystérie traumatique locale et générale. Le diagnostic est désormais établi et on ne peut le désirer plus certain.

Mais les symptômes cardinaux de l'hystérie peuvent faire entièrement défaut ; il s'agit d'hystérie locale, et il n'y a pas d'autre symptôme nerveux que le phénomène morbide lui-même dont la nature est en question. En pareil cas, l'identité des caractères cliniques que présentent la paralysie, la contracture et l'arthralgie, observées à la suite d'un traumatisme, avec les caractères des manifestations analogues de l'hystérie spontanée, autorise suffisamment à conclure à l'existence certaine ou très probable de l'hystérie traumatique. Le diagnostic peut encore être confirmé par la marche ultérieure de l'affection nerveuse ou par les résultats du traitement. L'hystérie ne saurait être mise en doute, si le phénomène morbide disparaît brusquement, soit spontanément, soit, comme dans deux cas que j'ai cités, sous l'influence d'un aimant qui provoque le retour de la sensibilité et la disparition de la paralysie motrice.

Neurasthénie et hystéro-neurasthénie. — Il nous reste à envisager les cas du second groupe qui comprend les deux catégories de la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatiques. Tous les cas de ce groupe ont une physionomie assez spéciale, et qu'ils doivent tout particulièrement aux symptômes cérébraux de la neurasthénie. L'hystéro-neurasthénique, triste, abattu, tourmenté par la cephalée, les vertiges, l'insomnie et les rêves effrayants, se distingue tout de suite du blessé qui n'a pas d'autres symptômes nerveux qu'une paralysie de la main ou de l'avant-bras.

Ici encore la première hypothèse est celle d'une lésion organique, hypothèse que semble légitimer l'apparente

gravité des phénomènes morbides. Les symptômes sont diffus ; ils intéressent le cerveau et la moelle épinière. On s'arrête moins à l'idée d'une névrite ou d'une lésion centrale en foyer, mais on suspecte l'existence d'une lésion superficielle et diffuse des centres nerveux : hémorragies punctiformes de l'écorce du cerveau, méningite chronique spinale et cérébrale, foyers miliaires, nombreux et disséminés, de myélite et d'encéphalite. D'ailleurs ces lésions peuvent bien exister réellement, soit seules, soit combinées au tableau clinique de l'hystéro-neurasthénie. Dans un cas donné, il faut donc résoudre cette question fort importante : y a t-il ou n'y a t-il pas de lésions des centres nerveux ?

Ces lésions d'origine traumatique, le plus souvent diffuses et non systématisées, n'ont pas une symptomatologie nette et bien connue, comme les lésions des nerfs ou des centres nerveux que nous avons envisagées à propos de diagnostic de l'hystérie traumatique locale et générale. Aussi a-t-on dû, pour ce diagnostic différentiel, procéder d'une toute autre façon. Dans ce tableau clinique complexe, dont quelques traits paraissent communs à l'hystéro-neurasthénie et à des affections organiques véritables, on a relevé les symptômes qui sont en rapport constant avec les lésions d'origine traumatique et que d'ailleurs l'observation clinique journalière nous montre associés aux maladies organiques des centres nerveux.

Ces symptômes et ces signes sont les suivants : — La névrite optique et l'atrophie de la papille ; il faut cependant faire une exception pour les cas dans lesquels il y a eu blessure du sourcil ; dans les cas de ce genre, l'atrophie du nerf optique peut être l'indice d'une lésion toute locale, commotion du nerf optique ou plutôt hématome dans les

gaines de ce nerf, et non pas d'une façon certaine la preuve d'une lésion des centres encéphaliques. — Les troubles graves de la vessie, la rétention et l'incontinence permanentes, signes bien différents des troubles vésicaux légers qu'on observe quelquefois dans l'hystéro-neurasthénie pure, sans complication de lésions organiques. Quant à l'impuissance, même complète, elle se rencontre dans les névroses et n'est pas le signe d'une lésion des centres nerveux. — La paralysie d'un ou de plusieurs nerfs crâniens ; ce signe me paraît conserver sa valeur, malgré une observation récente que j'ai précédemment citée, et dans laquelle une paralysie des deux nerfs de la troisième paire est attribuée à l'hystéro-traumastisme. — L'inexcitabilité des pupilles à la lumière, qu'il est facile d'ailleurs de distinguer de la simple paresse, de la dilatation et de l'inégalité passagère, qui peuvent appartenir à la neurasthénie pure. — Le caractère atrophique des paralysies, avec perte de l'excitabilité faradique et réaction de dégénérescence. Nous avons vu que l'atrophie complique rarement la paralysie hystérique et que, dans ce cas, elle ne s'accompagne pas de modifications profondes des réactions électriques. — L'augmentation progressive de la faiblesse générale ; ce signe est indiqué particulièrement par M. Wichmann ; il serait en rapport avec des lésions diffuses des centres cérébro-spinaux. — L'exagération considérable des réflexes tendineux, allant jusqu'à l'épilepsie spinale. Ce signe rend très probable l'existence de lésions spinales, myélite en foyers disséminés par exemple, intéressant les cordons antéro-latéraux de la moelle épinière.

Lorsque tous ces signes font défaut, on peut assez sûrement conclure à la nature purement fonctionnelle des troubles nerveux, et ce blessé, qui présente des symptômes

spinaux et cérébraux, est très probablement atteint d'hystéro-neurasthénie traumatique. S'il en est ainsi, l'étude de tous ces symptômes en montrera la parfaite analogie avec les symptômes analogues de l'hystérie et de la neurasthénie spontanées. De l'existence d'un ou de plusieurs des signes que je viens d'énumérer, il ne faut pas conclure à l'absence de l'hystéro-neurasthénie. Il y a des cas complexes, dans lesquels, aux signes de lésions véritables sont associés ceux de la névrose. Un examen méthodique et complet permettra le plus souvent de reconnaître cette association et d'établir la distinction entre les deux ordres de symptômes.

Exagération. Simulation. — Les cas ne sont pas très rares dans lesquels les phénomènes subjectifs sont tout à fait prédominants ; les signes objectifs sont absents, incertains ou suspects. Beaucoup de ces blessés hystéro-neurasthéniques, victimes d'accidents de chemin de fer ou de traumatismes professionnels, sont en instance auprès d'un tribunal et réclament des dommages-intérêts. Ils peuvent donc être suspectés de simulation ou d'exagération. C'est là un des deux cotés du problème médico-légal que soulèvent fort souvent les accidents nerveux d'origine traumatique ; l'autre a trait au pronostic probable de ces accidents, et j'y reviendrai tout à l'heure.

La plupart des auteurs ne s'entendent pas très bien sur la fréquence de la simulation. M. Strümpell est d'avis qu'elle est très rare ; son élève, M. Schultze [1] déclare que, sur vingt cas observés à la clinique d'Erlangen, il n'y en a pas un seul de simulation. M. Hoffmann, sur vingt-quatre cas, en a vu huit de simulation complète et quatre d'exa-

[1] Schultze, thèse d'Erlangen, 1888.

gération. M. Schultze, de Bonn [1], croit la simulation commune. M. Oppenheim estime qu'elle est peu fréquente et ne dépasse pas 4 pour 100 des cas observés. M. Seeligmuller l'a rencontrée bien plus souvent, elle existerait d'après lui dans le quart des cas. Pour mon compte, je pense que la simulation complète est fort rare et ne constitue qu'une très minime exception. J'ai observé six malades et je puis affirmer qu'aucun d'eux n'était un vrai simulateur. L'exagération est bien plus fréquente que la simulation ; encore s'explique-t-elle assez souvent, moins peut-être par le désir d'obtenir une très grosse indemnité, que par un état mental particulier du patient. Il ne faut d'ailleurs prononcer le mot de simulation qu'à bon escient et après une enquête minutieuse et prolongée. Je n'oublierai jamais les deux malades dont j'ai déjà parlé, et qui, tous les deux suspectés de simulation, se sont suicidés au cours du procès qu'ils avaient engagé pour obtenir une indemnité.

Il y a de sérieux arguments à opposer à ceux qui sont enclins à voir la simulation dans un si grand nombre de cas. Comment admettre que des malades appartenant à des milieux si différents, observés en France, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, simulent les mêmes sensations subjectives, les mêmes phénomènes morbides ? Il est bien remarquable, et beaucoup d'auteurs ont insisté sur ce point, que les tableaux cliniques de la névrose traumatique, tracés dans les pays et par les médecins les plus divers, ont entre eux les plus frappantes analogies. Bien plus, ces phénomènes morbides d'ordre subjectif, qui font si facilement naître la pensée de la simulation, on les retrouve

1 Schultze, Rapport au Congrès de Berlin, analysé dans *Semaine médicale*, août 1890.

avec les mêmes caractères chez des blessés qui ne soutiennent pas de procès, qui ne réclament pas d'indemnité. Ailleurs, ces symptômes nerveux suspects persistent longtemps encore après l'arrêt du tribunal. Un de mes malades était hystéro-neurasthénique depuis dix ans, et la question de son indemnité avait été tranchée huit ans auparavant. Il avait gagné son procès, mais il n'était pas guéri. Un malade de M. Strümpell était un officier de cavalerie, tombé de son cheval à la promenade, et qui ne réclamait rien. M. Coombs-Knapp [1] a basé sa description de la névrose traumatique sur les observations de douze blessés qui ne sollicitaient pas de dommages-intérêts. Or la description de M. Coombs-Knapp est tout à fait semblable à celles qu'ont données d'autres observateurs qui avaient affaire à des malades en instance auprès d'un tribunal. Certes, je ne veux pas dire que la simulation n'existe pas, mais j'estime que, placé en face d'un blessé qui se plaint de troubles nerveux consécutifs à un traumatisme, le médecin ne doit pas, comme on le fait trop souvent, se laisser dominer par l'idée de la simulation et n'avoir d'autre but que de chercher à convaincre le patient de l'inanité de ses plaintes.

Sans doute certains phénomènes paraissent bien de nature à éveiller les soupçons du médecin-légiste. Je les ai signalés déjà en décrivant les symptômes de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Tels sont : — l'attitude et la démarche du patient qui semblent de prime abord peu naturelles et même forcées ; — l'impossibité d'exécuter certains mouvements volontairement, alors que des mouvements analogues sont exécutés inconsciemment, d'une façon toute instinctive ; — les variations que présentent d'une explora-

[1] Combs-Knapp, *loc. cit.*

tion à l'autre les limites des zones anesthésiques ; — l'apparition du tremblement lorsque le malade est ému par l'interrogatoire qu'il subit, tremblement qui empêche l'exécution d'un mouvement, lequel se produira facilement au repos, lorsque l'émotion aura disparu ; — le récit du blessé touchant son accident et les circonstances qui l'ont précédé et suivi, récit notoirement exagéré et qui ne concorde pas avec les renseignements des témoins ou d'autres personnes désintéressées. — Or, nous avons vu que tous ces phénomènes ne doivent pas faire d'emblée conclure à la simulation, car ils peuvent être observés chez des blessés qui ne réclament rien, c'est-à-dire dans des conditions où toute suspicion doit être absolument écartée. Quant aux exagérations du blessé qui raconte son histoire d'une façon trop dramatique, si elles sont parfois conscientes, souvent aussi elles sont inconscientes et s'expliquent alors, nous l'avons vu également, par l'aptitude à la suggestion d'un cerveau déprimé, sur lequel ont agi, au moment de l'accident, l'émotion morale et les sensations douloureuses venues des parties traumatisées, sur lequel agissent encore les images effrayantes des rêves et des visions hypnagogiques.

D'ailleurs un certain nombre des symptômes de l'hystéro-neurasthénie traumatique ne sont pas entièrement subjectifs ; ils sont difficilement simulés et peuvent servir utilement au diagnostic médico-légal. Comme le fait judicieusement observer M. Vibert, « les symptômes cérébraux qui peuvent se manifester à la suite des accidents que nous étudions, ne sont pas quelconques ; ils ont, au contraire, comme on l'a vu, des caractères spéciaux et forment un ensemble particulier dont un simulateur ne peut deviner les traits principaux. Plusieurs de ces traits sont d'ailleurs difficiles à reproduire. » — En effet,

l'émotivité, la dépression cérébrale, la tendance aux larmes, l'attendrissement facile, le tremblement, les secousses fibrillaires des muscles du visage, l'insomnie, les terreurs nocturnes provoquées par les cauchemars, voilà des symptômes qui impriment un cachet très particulier à l'hystéro-neurasthénie traumatique et qu'il est bien difficile de simuler, surtout de simuler longtemps. — Les troubles des organes des sens, ceux surtout de la vue, quand ils existent, n'ont pas moins de valeur. Il faudrait être fort instruit en la matière pour simuler exactement les troubles visuels qui appartiennent à l'hystéro-neurasthénie : l'amblyopie du même côté que l'hémianesthésie, le rétrécissement périphérique du champ visuel, la dyschromatopsie et surtout les modifications très spéciales du champ de la vision colorée. — Les troubles circulatoires fournissent aussi d'excellents signes diagnostiques, et, en première ligne, la tachycardie; on ne simule pas l'accélération habituelle des battements du cœur; or cette accélération est commune, et M. Oppenheim l'a constatée même pendant le sommeil. M. Rumpf[1] aurait vu que, dans les cas de névralgies traumatiques, la compression du nerf ou du point douloureux indiqué par le malade, produit l'accélération et l'irrégularité, puis, dès que la compression cesse, le ralentissement du pouls. — Le même auteur a signalé deux autres signes objectifs dont j'ai déjà fait mention[2] : la diminution quantitative de l'excitabilité galvanique des muscles, sans modification de l'excitabilité faradique, et l'exagération de la contractilité idio-musculaire sous l'influence du froid, de la fatigue,

[1] Rumpf, *Deutsche med. Wochens.*, 1890, n° 9.
[2] V. chapitre IV, *Troubles moteurs.*

des efforts et à la suite du passage de courants interrompus. M. Onimus[1] a constaté l'exagération de la sensibilité électrique dans les régions atteintes par le traumatisme, mais, comme l'auteur le fait observer lui-même, ce signe n'a qu'une valeur très relative, puisqu'il peut être simulé et se rencontre d'ailleurs dans d'autres états pathologiques. — On pourrait accorder plus d'importance à l'accroissement de la résistance au passage du courant électrique, signe indiqué par M. Vigouroux, et qu'on observe dans les régions du tégument frappées d'anesthésie. Ce serait un moyen de distinguer l'anesthésie vraie de l'anesthésie simulée. — Parmi les symptômes qu'on ne simule pas, il faut encore citer l'anémie, l'amaigrissement, le vieillissement rapide, phénomènes signalés dans plusieurs observations. — S'il existe des paralysies ou des contractures, elles fournissent des éléments précieux pour le diagnostic médico-légal; elles ont des caractères si spéciaux qu'ils sont à coup sûr ignorés des blessés. Et d'ailleurs, comment simuler une contracture pendant tout le temps que peut persister une contracture hystéro-traumatique?

Voilà bien des signes propres à nous garantir de la simulation, et il ne paraîtra sans doute nullement nécessaire de créer, comme on l'a proposé, des établissements spéciaux pour y soumettre à un examen rigoureux et prolongé les blessés qui réclament des indemnités. Ce n'est pas à dire que les médecins experts ne doivent s'entourer de certaines précautions. Il est prudent, si le cas ne présente guère que des symptômes subjectifs, de multiplier les investigations et de ne pas conclure après un seul examen. Rien n'est plus instructif à cet égard que l'obser-

[1] Onimus, *Union médicale*, juin 1885.

vation XII du mémoire de M. Vibert. Nous y voyons des experts, également compétents, porter des jugements absolument opposés sur l'état du même blessé, victime d'un accident de chemin de fer.

Il y a aussi des règles à suivre dans l'examen et l'interrogatoire. Elles sont dictées par le simple bon sens et il n'est pas nécessaire d'y insister. Il est assez clair que la question ne doit pas être posée de façon à provoquer une réponse déterminée. Je connais un cas dans lequel une exploration mal conduite a créé une hémianesthésie qui, je le crois du moins, n'existait pas avant cette exploration. Il y avait là, d'ailleurs, un phénomène d'exagération plutôt que de simulation, car ce malade présentait d'autres symptômes dont la réalité n'était pas contestable.

Le séjour à l'hôpital peut être fâcheux et singulièrement favoriser, sinon la simulation, au moins l'exagération consciente ou inconsciente, surtout si le patient se trouve en contact avec des malades atteints d'affections nerveuses et assiste chaque jour à l'examen médical de ces malades.

C'est une question délicate assurément que d'apprécier les modifications survenues dans le caractère, les facultés intellectuelles et la santé physique d'un blessé. Il peut être nécessaire d'observer le patient à son insu, dans les conditions diverses de sa vie journalière et de ses occupations professionnelles, ou bien encore de puiser des renseignements auprès de personnes qui le connaissent depuis longtemps et qui présentent des garanties de désintéressement. Ces éléments d'information permettront de comparer l'état mental du patient après le traumatisme à ce qu'il était auparavant. M. Vibert fait encore une remarque qui me paraît fort juste et applicable à la majorité des cas : ces phénomènes subjectifs, ces troubles cérébraux,

dont l'appréciation est souvent si délicate et difficile, s'ils sont réels et très prononcés, ne vont guère sans une altération évidente de la santé générale. En effet, les formes dépressives de la neurasthénie finissent tôt ou tard par s'accompagner du deuxième degré de l'atonie gastro-intestinale, lequel produit bientôt l'anémie et surtout un amaigrissement marqué.

Maladies nerveuses antérieures. — Dans quelques cas, le diagnostic est obscurci par l'existence d'une maladie nerveuse antérieure au traumatisme. Il n'est pas impossible que le patient soit déjà, au moment de l'accident, hystérique ou hystéro-neurasthénique. A ce propos, M. Guinon fait observer que l'hystérie de l'homme s'accompagne d'un état mental particulier, caractérisé par l'abattement, la tristesse, l'insomnie. Or, une enquête minutieuse sur le passé du malade, faite auprès des gens de son entourage, peut bien permettre de retrouver des traces de cet état mental antérieur. M. Onimus [1] a cité le cas d'un blessé qui tentait d'exploiter, en vue d'une indemnité, une paralysie atrophique des muscles du bras datant de l'enfance ; le raccourcissement des os du bras permit aisément de rétablir la vérité. Dans une observation de M. Bernhardt [2], les symptômes de la névrose traumatique sont associés à des symptômes tabétiques, et l'auteur conclut qu'il s'agit d'une ataxie locomotrice antérieure au traumatisme. Un de mes six malades présente la même combinaison de l'ataxie et de l'hystéro-neurasthénie traumatique, et il est très probable que l'affection organique a précédé la névrose. D'ailleurs, le traumatisme peut aggraver une

[1] Onimus, *loc. cit.*
[2] Bernhardt, *Berlin. klin. Wochens.*, 1889, n° 18.

maladie nerveuse préexistante. M. Oppenheim[1] a observé un cas de ce genre.

Il reste encore à examiner l'influence possible de l'alcoolisme, du saturnisme et d'autres intoxications professionnelles sur le développement des accidents nerveux consécutifs au traumatisme. Quand il atteint le système nerveux, l'alcoolisme y produit des symptômes qui ne sont pas sans analogie avec ceux de l'hystéro-neurasthénie traumatique, et particulièrement quant il s'agit de troubles nerveux d'ordre subjectif[2] Dans quelques cas même, l'analogie peut être poussée jusqu'à la similitude, puisqu'il y a des hystéries et des hystéro-neurasthénies d'origine toxique. C'est affaire d'un examen méthodique du patient et d'une enquête approfondie sur ses antécédents, ses habitudes, ses chances d'intoxication professionnelle.

VI. PRONOSTIC

Lorsque le diagnostic est bien établi, une autre question reste à résoudre, qui, au point de vue médico-légal, n'est pas moins importante que celle du diagnostic. Quel est le pronostic des troubles nerveux observés? Quelle en est la durée probable? Quels dommages ont-ils causés au patient? Jusqu'à quel degré est-il incapable de reprendre ses occupations professionnelles et pour combien de temps?

Certes, il est beaucoup plus difficile de répondre à toutes ces interrogations quand il s'agit d'hystéro-neurasthénie

[1] Oppenheim, *Archiv für Psychiatrie*, Bd. XV.
[2] Eisenlohr, *Berlin. klin. Wochens.*, 1889, n° 52.

traumatique, que quand il s'agit d'une lésion traumatique vulgaire, une plaie, une luxation, une fracture. En général, il faut être plus réservé, examiner le blessé à plusieurs reprises et n'émettre un avis définitif que plusieurs semaines et même plusieurs mois après l'accident incriminé. En effet, pendant les premiers jours, il n'existe souvent que des douleurs, des troubles vagues de la sensibilité, quelques modifications de l'intelligence et du caractère encore peu accusées, et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, qu'apparaissent les troubles plus graves de la sensibilité et de la motilité, les anesthésies, les paralysies, les attaques convulsives de l'hystérie.

Tous les troubles nerveux hystéro-neurasthéniques d'origine traumatique n'ont pas la même gravité, et la division que j'en ai donnée au point de vue clinique, conserve une certaine valeur au point de vue pronostique. On peut dire que la gravité va croissant de la première à la quatrième catégorie, de l'hystérie locale à l'hystéro-neurasthénie.

Neurasthénie. — Hystéro-neurasthénie. — L'adjonction des symptômes neurasthéniques aux symptômes hystériques est, en règle générale, un signe pronostique fâcheux, et d'autant plus que les phénomènes cérébraux sont plus nombreux et plus prononcés. Ces cas-là troublent profondément la vie du patient, brisent son avenir, font de lui un invalide le plus souvent, et sont tenaces, rebelles au traitement. M. Vibert, qui a suivi longtemps quelques-unes des nombreuses victimes de l'accident de chemin de fer de Charenton, en 1881, M. Vibert estime que le pronostic peut être d'emblée déclaré mauvais, s'il existe des troubles cérébraux multiples et très accusés : la tristesse, l'angoisse, l'émotivité, la perte de la mé-

moire, la confusion des idées, le changement profond du caractère, troubles cérébraux le plus souvent accompagnés de la perte des forces, de l'amaigrissement, d'un vieillissement rapide de l'individu. D'après le même auteur, le développement tardif des troubles fonctionnels du cerveau, après une sorte de période d'incubation, longue de plusieurs semaines, constituerait encore une autre condition défavorable.

Du reste, tous les observateurs sont unanimes sur la gravité de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Deux de mes six malades sont hystéro-neurasthéniques depuis dix et quinze ans, et leur situation ne s'est nullement améliorée. Sur les trente-trois cas de M. Oppenheim, qui presque tous appartiennent bien à cette forme de l'hystéro-neurasthénie traumatique, il y a six améliorations seulement, et pas de guérison complète. La statistique de M. Obersteiner [1] n'est pas moins défavorable : 27 cas, 4 guérisons, 3 améliorations, 20 morts. Mais il est certain que la distinction n'a pas été faite entre les cas avec lésions organiques des centres nerveux et ceux où la névrose traumatique existait seule, sans complication d'aucune lésion. M. Hodges [2] aurait eu des résultats meilleurs : 12 guérisons sur 21 malades atteints d'accidents nerveux consécutifs à des traumatismes. Il est probable que les vingt et un cas n'appartiennent pas tous à l'hystéro-neurasthénie et qu'il s'y trouve beaucoup de cas légers dans lesquels les symptômes cérébraux n'existaient pas ou étaient peu prononcés. — En général, la vie n'est pas compromise et la durée n'en est pas diminuée du fait de la névrose elle-même. Cependant

[1] Obersteiner, *Wiener med. Jahrb.*, 1879.
[2] Cité par M. Vichmann, *loc. cit.*

quelques malades ont des idées de suicide auxquelles ils finissent par succomber. Dans quelques cas, les troubles cérébraux s'aggravent et aboutissent à de véritables psychoses ou à la démence. Enfin il peut arriver que, sur un terrain préparé par la névrose, se développe une véritable maladie organique des centres nerveux, la sclérose en plaques par exemple. Mais ce qui fait la gravité de l'hystéro-neurasthénie traumatique, c'est la ténacité des symptômes nerveux, qu'il est difficile d'améliorer, plus difficile encore de guérir. Même dans les cas favorables et qui peuvent passer pour des cas de guérison, il reste encore de la faiblesse et de l'excitabilité nerveuses.

On a remarqué que des améliorations se produisent souvent chez les patients qui, en instance devant un tribunal, ont gagné leur procès et reçu une indemnité. Il ne faut pas toujours voir dans une amélioration de ce genre la preuve de la simulation ni même de l'exagération. L'inquiétude constante, la crainte d'un insuccès et de la misère qui peut en être la conséquence, voilà deux conditions qui, pendant la durée du procès, exercent une influence fâcheuse sur l'état mental du malade et font obstacle à son amélioration.

Hystérie locale et générale. — L'hystérie traumatique locale, l'hystérie traumatique locale et générale ont l'une et l'autre moins de gravité. L'absence de symptômes neurasthéniques permet un pronostic moins défavorable. Les guérisons sont plus fréquentes et plus facilement obtenues. Cependant les troubles nerveux observés dans ces deux catégories ont bien une certaine ténacité, et les exemples ne sont pas rares de paralysies hystéro-traumatiques qui ont duré pendant plusieurs années.

Lorsque les stigmates hystériques font défaut, en

d'autres termes s'il s'agit d'un cas d'hystérie locale, peut-être est-il permis d'espérer une guérison plus prompte que si le cas appartient à la deuxième catégorie, à l'hystérie traumatique locale et générale. La guérison a été très rapide chez les trois malades dont j'ai cité les observations à propos de l'hystérie locale.

La longue durée des paralysies et des contractures hystéro-traumatiques est un élément de gravité. Le traitement est plus efficace, ou bien la guérison spontanée a plus de chances de se produire, si ces accidents nerveux sont de date récente. Une contracture ancienne peut s'accompagner d'une rétraction fibreuse des tendons qui, si la rigidité musculaire vient à disparaître, nécessite une intervention chirurgicale pour obtenir le redressement complet du membre.

La guérison, si elle se produit, est généralement rapide. Elle a lieu, soit spontanément, soit sous l'influence d'une vive émotion morale, comme la frayeur ou la colère, soit encore sous l'influence du traitement. La disparition complète des troubles de la motilité et de la sensibilité, des stigmates hystériques et de la diathèse de contracture, tel est le meilleur signe auquel on puisse reconnaître que la guérison est vraiment obtenue. Des rechutes ont été observées; elles surviennent parfois sans cause appréciable, le plus souvent à l'occasion d'une émotion morale ou d'un nouveau traumatisme.

VII. PATHOGÉNIE. — THÉORIES

La première hypothèse a été celle d'une lésion superficielle, mais diffuse, des centres nerveux. Erichsen l'a pro-

posée, M. Erb, M. Leyden et Westphal l'ont acceptée dans leurs premières publications, et M. Vibert y est revenu dans son récent ouvrage.

A l'autopsie des blessés qui succombent peu de temps après un grand traumatisme, il n'est pas rare de constater de petits foyers de contusion ou des hémorragies capillaires à la surface des centres nerveux. Dans le cerveau, ces lésions occupent les méninges et la substance corticale, et, si le traumatisme a porté sur l'un des côtés du crâne, elles sont plus prononcées du côté opposé. Elles semblent avoir été produites par contre-coup. Ces lésions, d'abord presque silencieuses en raison de leur faible étendue, s'accompagnent un peu plus tard d'une réaction inflammatoire, et deviennent ainsi le point de départ de très nombreux petits foyers de myélite et d'encéphalite. Or, cette myélite et cette encéphalite secondaires seraient le substratum anatomo-pathologique de ces troubles nerveux consécutifs aux traumatismes, qui intéressent les fonctions du cerveau et de la moelle épinière, et qui ne correspondent pas au tableau clinique connu des lésions en foyer ou des affections systématisées des centres nerveux. Les autopsies sont très rares. On cite souvent celle d'Erichsen. M. Wichmann[1] en rapporte une autre de Kronthal, dans laquelle cet observateur a trouvé de la sclérose des petits vaisseaux des centres nerveux et des îlots de dégénérescence dans la substance blanche de la moelle épinière.

Il n'est pas contestable qu'il y ait des cas d'accidents nerveux consécutifs aux traumatismes avec lésion du système nerveux central, et il est encore très vraisemblable

[1] Wichmann, *loc. cit.*

que cette lésion consiste en îlots nombreux de myélite et d'encéphalite, développés autour de petits foyers de contusion ou d'hémorragies capillaires. Mais cette interprétation n'est pas applicable à tous les cas, on pourrait même dire à la majorité des cas. Il est bien certain que les paralysies décrites aujourd'hui sous le nom de paralysies hystéro-traumatiques et qui peuvent disparaître sans laisser aucune trace, ne sont pas dues à des lésions véritables des centres nerveux. Quant aux symptômes spinaux et cérébraux que nous avons qualifiés de neurasthéniques, ils persistent souvent pendant de longues années à l'état tout à fait stationnaire, ils s'améliorent dans quelques cas, et ils ont la plus complète analogie avec ceux de la neurasthénie spontanée, autant de caractères cliniques difficilement conciliables avec l'hypothèse d'une lésion constante du système nerveux. Il y a donc des cas avec lésion et des cas plus nombreux sans lésion, dans lesquels les troubles observés sont de nature purement fonctionnelle. J'ai donné l'énumération des signes qui permettent d'établir, en clinique, la distinction entre les unes et les autres de ces affections nerveuses d'origine traumatique.

Les partisans de la névrose traumatique reconnaissent implicitement la nature névrosique des phénomènes morbides dont il est question. Mais ils veulent distinguer cette névrose des névroses connues et particulièrement de l'hystérie et de la neurasthénie spontanées. Le traumatisme engendre une névrose particulière, nouvelle. Ce n'est pas l'hystérie, car la cause est très spéciale, le traumatisme, les symptômes ont une fixité et une ténacité que ne présentent pas les symptômes analogues de l'hystérie, et les patients ont un état mental qui contraste avec la légèreté, la gaieté et la mobilité des hystériques. — M. Charcot et

ses élèves ont répondu à ces arguments. Le caractère très spécial de la cause ne peut être invoqué; un grand nombre de causes provoquent l'hystérie, et la question est précisément de savoir si le traumatisme ne doit pas être mis au rang de ces causes provocatrices. La fixité et la ténacité des symptômes ne sont pas chose rare chez les femmes hystériques, témoins ces hémianesthésies, ces paraplégies et ces contractures hystériques qui durent pendant des années, et dont M. Charcot a montré de nombreux exemples dans ses leçons de la Salpêtrière. Toutes les femmes hystériques ne sont pas gaies, mobiles et changeantes ; bon nombre de grandes hystériques sont, au contraire, tristes et taciturnes. Il est, d'ailleurs, remarquable que l'hystérie, quand elle s'attaque à l'homme, et quelle qu'en soit la cause, s'accompagne ordinairement de symptômes de dépression cérébrale. En outre, il ne faut pas oublier que, sous l'influence du traumatisme, la neurasthénie se combine très souvent à l'hystérie, et c'est à la neurasthénie précisément qu'appartiennent ces symptômes cérébraux sur lesquels se fondent les partisans de la névrose traumatique pour séparer cette névrose de l'hystérie spontanée.

M. Grasset a créé la théorie de l'hystérie traumatique distincte de l'hystérie vulgaire. Il fait une place à cette hystérie traumatique dans ce qu'il appelle la famille des hystéries. L'observation des faits ne légitime pas cette hypothèse. Quelle que soit la cause qui développe la névrose, les symptômes en ont toujours les mêmes caractères. Il n'y a donc pas de raison pour distinguer des formes spéciales de l'hystérie. M. Charcot et ses élèves maintiennent l'unité de cette névrose, malgré la diversité des causes capables de lui donner naissance.

Quelques observateurs, parmi lesquels M. Combs-Knapp [1], sont éclectiques ou plutôt ils semblent admettre qu'il s'agit d'un état pathologique complexe et qu'il est impossible de délimiter au point de vue nosologique. Parmi les symptômes nerveux observés à la suite des traumatismes, les uns sont dus à des névrites périphériques, d'autres procèdent d'un trouble psychique causé par l'émotion, d'autres encore appartiennent à la petite hystérie et à cet état morbide, vague et mal défini, qu'on appelle la neurasthénie, d'autres enfin sont engendrés par une sclérose miliaire des centres nerveux consécutive à de très petits foyers d'hémorragie ou de contusion. — A la vérité on peut trouver tout cela dans un cas donné. Mais il s'en faut que tous les cas présentent une pareille complexité. L'analyse clinique établit des distinctions, et il est nécessaire de maintenir ces distinctions. On doit séparer les cas avec lésions de ceux qui ne présentent que des troubles fonctionnels. Ceux-là sont les plus nombreux. Ils doivent former un groupe à part parmi les accidents nerveux d'origine traumatique.

La théorie de l'hystéro-neurasthénie est d'origine américaine. M. Walton et M. Putnam ont les premiers parlé d'hystérie à propos de ces troubles fonctionnels du système nerveux survenus après un accident de chemin de fer. Cette théorie a été reprise, complétée et démontrée par M. Charcot, si bien qu'elle est devenue la théorie française. Elle est exposée dans les leçons de M. Charcot et dans plusieurs publications de ses élèves [2].

[1] Combs-Knapp, *loc. cit.*

[2] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, et *Leçons du mardi*, 1887-88 et 1888-89. — Berbez, thèse de Paris, 1887. — G. Guinon, thèse de Paris, 1889.

Un premier point a été bien établi, et ce point est d'une importance capitale, à savoir l'identité des symptômes névrosiques consécutifs au traumatisme avec les symptômes analogues de l'hystérie et de la neurasthénie. Certaines paralysies fonctionnelles traumatiques sont très tenaces, mais il en est tout à fait de même de certaines paralysies hystériques. Les symptômes cardinaux, les stigmates de l'hystérie, existent dans les cas d'origine traumatique avec les mêmes caractères que dans les cas d'hystérie spontanée. L'évolution est la même ; après avoir duré longtemps, les phénomènes morbides, troubles moteurs ou sensitifs, paralysies, contractures, anesthésies, peuvent disparaître rapidement, qu'il s'agisse de femmes hystériques ou d'hommes victimes d'un traumatisme. D'une si parfaite ressemblance clinique, il est permis, en matière de névrose, de conclure à l'identité de nature. La même étude comparative démontre encore l'identité de certains troubles cérébraux et spinaux observés chez ces blessés avec les symptômes de la neurasthénie spontanée et autorise la même conclusion. Il y a donc une hystérie, une neurasthénie et une hystéro-neurasthénie traumatiques, celle-ci paraissant être plus commune, car les deux névroses, l'hystérie et la neurasthénie, ont une tendance marquée à se combiner sous l'influence du traumatisme.

En second lieu, M. Charcot a expliqué la pathogénie, le mécanisme de deux des symptômes les plus saillants de l'hystérie traumatique, la paralysie et la contracture. Prenons d'abord l'exemple de la paralysie. Il y a deux choses dans un traumatisme ; le choc physique et le shock nerveux. Celui-ci comprend d'ailleurs un shock local, dont il a été question à propos de l'hystérie locale, et un shock géné-

ral portant sur les centres nerveux eux-mêmes, et dont j'ai retracé les principaux symptômes en décrivant l'hystéro-neurasthénie traumatique. Ce sont ces éléments qui vont intervenir dans la pathogénie de la paralysie fonctionnelle. Le shock nerveux local produit des sensations d'engourdissement, de faiblesse, d'impotence, d'absence du membre blessé. Ces sensations arrivent au cerveau du patient. Si ce cerveau possédait toute la plénitude de ses fonctions, ces sensations seraient appréciées pour ce qu'elles valent, le patient souffrirait plus ou moins de sa blessure locale, et les choses n'iraient pas plus loin. Mais il faut se représenter l'état de ce cerveau au moment du traumatisme ; toutes les fonctions en sont profondément troublées par le shock nerveux général, l'émotion très vive, la frayeur, l'anxiété, l'angoisse. Rappelons-nous ces blessés qui, pendant quelques heures encore après un accident de chemin de fer, sont presque inconscients, et dont les actes semblent procéder d'une sorte d'automatisme cérébral. De leur cerveau sont momentanément absents, le jugement, la volonté, la faculté de contrôler les sensations, en particulier celles qui viennent du membre blessé. Grâce à cet état mental très spécial, le cerveau devient capable de suggestion, et cette idée d'engourdissement, d'absence du membre blessé s'y implante, suivant l'expression de M. Charcot, à la façon d'un parasite. L'idée, toute erronée qu'elle soit, règne en maîtresse, et l'autosuggestion suspend l'activité des deux centres moteur et sensitif qui, dans l'écorce cérébrale, correspondent à la motilité et à la sensibilité du membre blessé. De là, la paralysie de ce membre avec ses caractères très spéciaux et qui la désignent comme une paralysie cérébrale. L'impotence motrice intéresse les muscles associés pour les mouvements intentionnels, car c'est dans les cen-

tres corticaux que sont conservées les images de ces associations. L'anesthésie procède par segment de membre et se distribue comme la paralysie motrice. Or, c'est dans l'écorce cérébrale seulement, dans la région sensitive de cette écorce, qu'existent des centres représentant les zones anesthésiques du membre blessé. Le fonctionnement du cerveau associe nécessairement un centre moteur au centre sensitif correspondant. Aussi la paralysie fonctionnelle est-elle au même degré motrice et sensitive. — Des lésions corticales réalisent parfois des paralysies motrices et sensitives du même genre. Ces paralysies sont moins étendues et moins complètes ; elles sont surtout motrices et intéressent bien moins la sensibilité. Ces caractères permettent, d'ailleurs, de distinguer ces paralysies organiques des paralysies fonctionnelles. Cette différence s'explique fort bien par ce que nous savons de l'anatomie pathologique de l'écorce cérébrale. Les lésions corticales, le plus souvent d'orgine vasculaire, sont nécessairement limitées et elles se développent de préférence dans la région rolandique, c'est-à-dire dans la région motrice de l'écorce cérébrale. Un trouble purement fonctionnel et qui produit l'inhibition peut, au contraire, intéresser plus complètement tout un centre moteur et suspendre en même temps l'activité de tout le centre sensitif correspondant.

Une interprétation analogue est applicable aux paralysies avec contracture, aux contractures hystéro-traumatiques. Si le traumatisme local a produit une contusion articulaire douloureuse, chaque mouvement réveille la douleur, et une certaine rigidité des muscles immobilise la jointure. C'est cette sensation de rigidité musculaire que le cerveau du patient reçoit du membre blessé et qu'il transforme en contracture, comme tout à l'heure il transformait la sensation

d'engourdissement ou d'absence du membre en une paralysie flasque.

Si cette interprétation est exacte, si c'est bien par le mécanisme d'une autosuggestion que se développent la paralysie et la contracture hystéro-traumatiques, on prévoit déjà qu'il doit être possible de reproduire par la suggestion hypnotique des paralysies et des contractures présentant les mêmes caractères que les phénomènes analogues de l'hystéro-traumatisme. M. Charcot a donné ce complément de démonstration à sa théorie. Une hystérique hypnotisable est plongée dans le sommeil hypnotique. On lui suggère verbalement que son poignet, son coude ou son épaule est paralysé, qu'elle ne peut plus exécuter aucun mouvement de cette jointure. Au réveil, l'articulation désignée est, en effet, paralysée, et la paralysie motrice s'accompagne d'une anesthésie superficielle et profonde de même étendue. Au lieu de la suggestion verbale, on peut employer la suggestion traumatique, et les conditions de l'expérience sont alors tout à fait comparables aux conditions dans lesquelles se produit la paralysie fonctionnelle d'origine traumatique. On frappe la jointure et on fait naître ainsi ces sensations d'engourdissement de la partie frappée, qui, dans un cerveau hypnotisé, prennent une extraordinaire intensité. Le résultat est le même : les muscles moteurs de la jointure sont paralysés et, avec eux, toute la région correspondante du tégument.

On sait que le cerveau d'une hystérique hypnotisée n'accepte pas toujours sans aucune résistance la suggestion verbale ou traumatique. Il faut répéter à plusieurs reprises cette suggestion pour vaincre la résistance et obtenir le résultat cherché, la paralysie. Le cerveau du blessé est capable d'une résistance analogue, et même il résiste le

plus souvent. Aussi la paralysie ne suit-elle pas immédiatement le traumatisme. Il y a une période d'incubation, période fort intéressante à étudier au point de vue psychologique, et durant laquelle, suivant l'expression de M. Charcot, le blessé prépare et médite sa paralysie. Le cerveau ne récupère pas toute son activité, comme en témoignent, d'ailleurs, l'émotivité, les modifications profondes du caractère, la dépression des facultés intellectuelles, symptômes qui subsistent longtemps après le traumatisme et fort souvent vont en s'aggravant de plus en plus. Le cerveau reste donc capable de suggestion. Quant à la suggestion elle-même, elle peut durer pendant des semaines ou des mois, et elle est fournie par les sensations qui viennent d'une blessure qui n'est pas rapidement guérie, ainsi que par les images effrayantes des rêves et des visions hypnagogiques.

Assurément, l'interprétation de M. Charcot n'explique pas tous les phénomènes de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Il reste à interpréter les symptômes de la neurasthénie. On peut admettre, avec M. Strümpell, que, sans produire des lésions appréciables à nos moyens d'investigation, le choc matériel des centres nerveux modifie cependant la nutrition et les connexions des cellules et des fibres nerveuses, et donne ainsi naissance à des troubles durables de leurs fonctions. Mais il est probable que le rôle pathogénique prépondérant appartient au shock nerveux, à l'émotion morale violente. Il y a beaucoup d'états neurasthéniques développés, en dehors de tout traumatisme, sous l'influence exclusive d'une émotion de ce genre, une frayeur, une passion dépressive. Nous connaissons bien l'action décisive de ces états psychiques sur le cœur et les voies digestives. Or, les troubles de l'appareil circulatoire et ceux

de l'estomac et de l'intestin font très rarement défaut dans l'hystéro-neurasthénie traumatique. Quant aux fonctions cérébrales, il est de connaissance vulgaire qu'elles peuvent être troublées, et pour longtemps, par les émotions morales pénibles et prolongées. Toutes les mémoires peuvent être atteintes et diminuées, non seulement celles des représentations verbales et sensorielles des idées et des objets, mais celles aussi des images motrices des mouvements complexes, acquises par l'habitude et l'éducation spéciale de l'individu. De là une des causes, et peut-être la plus efficace, des troubles de l'attitude et de la démarche, de l'asthénie motrice et de l'incertitude de la plupart des mouvements intentionnels.

VIII. TRAITEMENT

Les données actuelles sur la pathogénie de l'hystéro-neurasthénie traumatique exercent une influence incontestable sur la direction du traitement. Nous savons qu'il s'agit de troubles purement fonctionnels et qui sont en partie engendrés et entretenus par un état mental particulier du blessé. Il faut donc agir sur cet état mental. Il y a lieu de rassurer le patient, de calmer son inquiétude pour l'avenir, de lui répéter souvent que son mal n'est pas incurable, bien qu'il soit très réel, et de lui citer des exemples de guérison. Cette sorte de suggestion à l'état de veille peut réussir à chasser de son cerveau l'idée d'incurabilité qui tend à s'y fixer chaque jour davantage, et, si ce résultat est obtenu, il assure l'efficacité des autres moyens de traitement. Du reste, j'exposerai plus loin le traitement moral de la neurasthénie.

Comme dans la plupart des états hystériques et neuras-

théniques, il y a trois indications à remplir : calmer le système nerveux, le tonifier, traiter certains symptômes.

Pour remplir la première indication, il faut d'abord éviter toutes les excitations fâcheuses, toutes les causes propres à augmenter cette irritabilité maladive du cerveau, qui, dans les cas graves, est poussée à un très haut degré. — Beaucoup de blessés hystéro-neurasthéniques sont engagés dans un procès ; ils réclament une indemnité à une compagnie de chemin de fer, à un chef d'industrie. Pendant toute la durée du procès, ils vivent dans une inquiétude et une anxiété continuelles, craignant un insuccès. C'est là une condition très funeste à leur état mental qui s'aggrave toujours si les débats traînent en longueur. Il serait donc à désirer que les questions de ce genre fussent promptement tranchées. Il est vrai que des semaines et des mois sont parfois nécessaires pour établir le diagnostic et le pronostic avec quelque certitude. — Le traitement local des blessures sera dirigé avec prudence et modération. Les moyens violents, les excitations locales de toute nature peuvent aggraver et même provoquer les phénomènes morbides. Chez un malade de M. Charcot, l'application d'un bandage trop serré a transformé une paralysie flasque en une paralysie avec contracture. Des courants faradiques appliqués sans ménagements peuvent produire le même résultat fâcheux, car les muscles paralysés sont cependant très excitables. — Restent encore les questions du changement de milieu, de l'activité et du repos physiques et intellectuels, de l'alimentation, de l'hygiène, des agents physiques de traitement, des médicaments, etc. Toutes ces questions ne présentent ici rien de particulier ; elles sont étudiées au chapitre du traitement général.

On trouvera dans le même chapitre l'exposé des moyens

propres à remplir la seconde indication, celle qui consiste à tonifier le système nerveux. Deux moyens paraissent avoir plus d'efficacité que les autres, l'hydrothérapie et l'électricité. — M. Oppenheim recommande les eaux thermales de Nauheim et de Schwalbach. Outre leur action reconstituante, elles contribueraient à calmer les douleurs et à dissiper les raideurs musculaires du tronc et des membres. En France, nous avons des stations thermales analogues, Salins-Jura, Salins-Moutiers, Bourbonne, chlorurées-sodiques comme Nauheim, et Lamalou, riche en acide carbonique comme Schwalbach. Une vieille tradition attire à Lamalou la plupart des affections chroniques du système nerveux.

Quelques symptômes réclament souvent un traitement particulier. Tels sont, parmi les symptômes neurasthéniques, l'insomnie, la céphalée, la dépression cérébrale, l'anxiété, les palpitations intenses, l'atonie gastro-intestinale. Le traitement de ces symptômes est exposé dans le dernier chapitre.

Il me reste à décrire les moyens conseillés pour traiter les principaux symptômes hystériques, tels que la paralysie, la contracture, l'anesthésie.

De la théorie pathogénique de M. Charcot on pouvait conclure à l'efficacité probable de la suggestion hypnotique sur la paralysie et la contracture de l'hystéro-traumatisme. Jusqu'à présent, il n'y a pas d'exemple probant d'une paralysie ou d'une contracture hystéro-traumatique guérie par la seule suggestion verbale pendant l'état d'hypnotisme. Mais la plupart de ces paralysies et de ces contractures durent déjà depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. Or, M. Charcot a fait remarquer qu'il est d'autant plus difficile de détruire par une suggestion un

symptôme nerveux produit par une autre suggestion, que ce symptôme est de date plus ancienne. — Certaines suggestions sont parfois plus efficaces que celles de l'hypnotisme. On sait que le simulacre d'une opération chirurgicale a réussi à améliorer des phénomènes hystériques et même à les faire disparaître. Dans sa monographie des névroses traumatiques, M. Oppenheim cite deux cas d'hémiplégie fonctionnelle qui furent améliorés à la suite de cette petite opération qui consiste à enlever un fragment de muscle pour en faire l'examen microscopique.

L'application d'un aimant sur les zones anesthésiques a donné quelques succès. Un gros aimant en fer à cheval est placé au contact de la peau, perpendiculairement à l'axe du membre anesthésique et paralytique. A propos de l'hystérie traumatique locale, j'ai donné la relation de deux cas de paralysie hystéro-traumatique de la main. L'aimant a été, dans un cas, le principal agent, et, dans l'autre, l'agent exclusif de la guérison. Le succès, quand on l'obtient, est généralement rapide. Au bout de quelques séances, quelquefois même dès la première application, la sensibilité reparaît au contact de l'aimant, puis la zone sensible s'étend de plus en plus et simultanément on voit s'atténuer la paralysie motrice. Le retour de la sensibilité s'accompagne souvent de sensations de picotement, de fourmillement dans la zone anesthésique. Dans quelque cas, il y a transfert ; l'anesthésie se transporte au point symétrique du membre opposé ; de là, elle revient au membre primitivement atteint ; pendant ces transferts successifs, qui parfois s'opèrent avec une grande rapidité, le plus souvent l'anesthésie va s'affaiblissant de plus en plus, et elle finit par disparaître.

L'électricité statique réussirait souvent mieux que la gal-

vanisation ou la faradisation dans le traitement des paralysies hystéro-traumatiques. Les séances ont lieu deux ou trois fois par semaine, durent quelques minutes seulement et l'excitation porte de préférence sur les parties paralysées.

M. Berbez conseille la flagellation, avec le bord cubital de la main, de la région du crâne qui recouvre la zone corticale motrice correspondant au membre paralysé, procédé imaginé par M. Gauthiez, élève de la Salpêtrière. Ce procédé réussirait à détruire une paralysie récemment produite par la suggestion, mais il aurait l'inconvénient de laisser une céphalalgie pénible.

Le massage des muscles a été appliqué au traitement de la contracture hystéro-traumatique. Il réussirait surtout dans les cas où la contracture est de date récente.

Quand il s'agit d'une paralysie incomplète de la main, M. Charcot recommande l'exercice systématique du dynamomètre. Trois ou quatre fois par jour, le patient cherche à exercer des pressions de plus en plus fortes avec sa main paralysée. C'est un moyen ingénieux de raviver, dans les centres corticaux moteurs, l'image obscurcie des mouvements intentionnels. Cette sorte d'autosuggestion de sens contraire peut aider à combattre les effets fâcheux de l'autosuggestion initiale dont procède la paralysie.

Lorsque la paralysie dure depuis longtemps, la faradisation des muscles inactifs en maintient la nutrition, mais elle doit être pratiquée avec modération. Une paralysie ancienne s'accompagne parfois de rétractions fibreuses des tendons et des gaines tendineuses. Une fois l'impotence motrice disparue, il peut être nécessaire de sectionner ces brides fibreuses pour rétablir l'intégrité des mouvements.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC DE LA NEURASTHÉNIE

Il est très vrai que la neurasthénie trouble l'existence, qu'elle la rend pénible, même douloureuse, mais elle ne la compromet pas directement, du moins dans la très grande majorité des cas. En règle générale, le pire destin du neurasthénique est de rester tel jusqu'à la fin de ses jours.

On peut même avancer que la neurasthénie est au nombre des maladies chroniques dans lesquelles l'intervention médicale, si elle est persévérante et bien dirigée, possède une très réelle efficacité. Est-il cependant possible d'obtenir une guérison complète et définitive. Quelques auteurs, parmi lesquels M. Arndt [1], ne le pensent pas ; ils estiment que la neurasthénie, quand elle a pris possession du système nerveux, y imprime une modification profonde et désormais ineffaçable. Mais M. Arndt a singulièrement élargi le cadre de la neurasthénie, et il lui suffit de troubles nerveux bien minimes, pour qualifier un homme

[1] R. Arndt, *Die Neurasthenie (Nevenschwäche), ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung*, Leipzig, 1885.

de neurasthénique. La vérité est que beaucoup de formes acquises de l'épuisement nerveux peuvent entièrement guérir, et que, dans la plupart des cas dont on ne peut obtenir la guérison complète, les améliorations sont communes, souvent même de longue durée. Beard a vu guérir un grand nombre de ses malades atteints du mal américain ; après un traitement convenable et suffisamment prolongé, ces hommes, épuisés par un surmenage intense du corps et de l'esprit, devenaient capables de reprendre avec activité toutes leurs occupations professionnelles. Or les formes acquises de la neurasthénie sont les plus communes ; ce sont celles-là qu'on rencontre si fréquemment dans la pratique médicale des grandes villes.

A cette proposition consolante il faut cependant apporter quelques restrictions.

Certains neurasthéniques, tourmentés par d'incessantes préoccupations hypocondriaques, ont des idées de suicide et finissent quelquefois par y succomber.

Lorsque l'épuisement nerveux a duré longtemps, le patient est affaibli, amaigri ; sa résistance est moindre, et, comme tous les débilités, il est une proie facile de la tuberculose. J'ai vu mourir plusieurs neurasthéniques de phtisie broncho-pneumonique subaiguë, et je suis convaincu que les formes dépressives de la neurasthénie, surtout si elles s'accompagnent d'atonie gastro-intestinale grave, constituent une cause prédisposante très efficace au développement de la tuberculose pulmonaire. Peut-être en est-il autrement des maladies infectieuses aiguës. Beard fait observer que la fièvre typhoïde, la pneumonie et les pyrexies exanthématiques sont tout à fait rares chez les patients frappés d'épuisement nerveux.

L'atonie gastro-intestinale est un syndrome commun à la

plupart des états neurasthéniques. Lorsqu'elle dure depuis longtemps et qu'elle a dépassé le premier degré, elle trouble profondément la nutrition ; il existe même de véritables lésions des voies digestives, telles que la dilatation de l'estomac, le prolapsus et la rétraction de l'intestin. Or, l'atonie gastro-intestinale grave, en dehors de toute autre complication, peut aboutir à une terminaison fâcheuse. Sans doute, cette éventualité est fort rare. Mais le mauvais état des voies digestives empêche une alimentation vraiment réparatrice. Or, nourrir fortement le patient amaigri, relever le taux de sa nutrition, lui rendre un certain embonpoint, constitue une des indications les plus urgentes du traitement des formes invétérées de la neurasthénie. M. Weir Mitchell a beaucoup insisté, et avec raison, sur cette indication capitale.

L'hérédité névropathique est certainement un élément d'aggravation du pronostic. Les neurasthénies héréditaires sont tenaces, rebelles au traitement, et d'autant plus que les antécédents sont plus chargés. C'est à ces formes héréditaires que peut être justement appliqué le sombre pronostic de M. Arndt ; elles durent, en effet, aussi longtemps que les patients eux-mêmes. La modification qu'imprime l'hérédité au système nerveux est tellement intime et profonde, que toutes les médications sont impuissantes à en rétablir l'équilibre irrémédiablement perdu.

La longue durée de la maladie est une autre condition fâcheuse, du moins au point de vue d'une véritable guérison. Lorsque, depuis des années, le patient a descendu degré par degré la pente fatale de l'épuisement nerveux, il devient extrêmement difficile, et trop souvent impossible, de la remonter sûrement et de reconquérir le terrain perdu. Car ces états neurasthéniques invétérés s'accompagnent

à peu près inévitablement, surtout chez les femmes, d'une véritable déchéance des fonctions supérieures du cerveau.

Les états d'anxiété aggravent aussi le pronostic. On sait combien il est difficile d'obtenir la guérison de l'agoraphobie, la forme la plus connue de ces états d'anxiété. Pourtant il ne faut pas conclure à l'incurabilité de l'anxiété neurasthénique. Elle est souvent associée à la dépression psychique, à l'insomnie, à l'aboulie, dans les périodes d'acuité de l'épuisement nerveux. Or il suffit parfois d'un changement de milieu et d'un traitement purement moral pour obtenir la diminution rapide, ou même la disparition de ces symptômes cérébraux de la neurasthénie.

Parmi les formes tenaces et rebelles de la maladie, il faut ranger celles qui s'accompagnent de troubles des fonctions génitales, de spermatorrhée et d'impuissance chez l'homme, d'irritabilité utérine et d'ovarialgie chez la femme. La spermatorrhée et l'impuissance retentissent d'une façon particulièrement fâcheuse sur les fonctions cérébrales et conduisent aux préoccupations hypocondriaques, à la dépression intellectuelle profonde. A leur tour, ces troubles cérébraux ne sont rien moins que favorables au rétablissement des fonctions génitales. C'est un cercle vicieux dans lequel le patient tourne pendant de longues années et duquel il est extrêmement difficile de le faire sortir.

Enfin, nous avons vu que l'hystéro-neurasthénie traumatique porte une atteinte si profonde au fonctionnement du système nerveux, que la plupart des malheureux qui en sont frappés ne recouvrent plus désormais ni leur activité physique, ni leur énergie morale.

La neurasthénie, du moins quand elle est intense et dure depuis longtemps, ouvre la porte, suivant l'expression de Beard, à d'autres maladies nerveuses ; elle constitue un

terrain favorable au développement de plusieurs affections fonctionnelles du système nerveux.

Elle peut conduire aux psychoses. Nous avons vu par quels caractères les préoccupations hypocondriaques du neurasthénique diffèrent de l'hypocondrie vésanique. Mais la limite qui sépare ces deux états de l'esprit peut être aisément franchie, et le neurasthénique devient ainsi un véritable aliéné. Ce sont des psychoses à caractère dépressif qui succèdent à la neurasthénie, et particulièrement l'hypocondrie et la mélancolie[1]. Beard fait remarquer que beaucoup de mélancoliques admis dans les asiles d'aliénés ont traversé une période neurasthénique. Le passage de la neurasthénie à la vésanie peut s'opérer rapidement, en quelques jours, ou bien la transition a lieu très lentement et c'est d'une façon très insidieuse que la psychose s'installe dans un cerveau neurasthénique. Certaines formes de l'épuisement nerveux ont plus d'affinité pour les psychoses; ce sont celles où dominent les symptômes de dépression cérébrale, comme par exemple la neurasthénie génitale, la neurasthénie et l'hystéro-neurasthénie traumatiques. La mélancolie qui se développe ainsi sur un terrain neurasthénique peut guérir momentanément ou même d'une façon définitive; il est alors assez commun de voir, au moment où cesse la psychose, reparaître les symptômes de l'épuisement nerveux.

Dans les deux sexes, et plus souvent peut-être chez l'homme que chez la femme, on observe parfois l'association de la neurasthénie et de l'hystérie. Il en résulte cette névrose mixte, précédemment décrite sous le nom d'hystéro-

[1] Rousseau, *Lypémanie et irritation spinale. Encéphale*, 1882. — Collin, *Bulletin médical*, 30 mars 1890. — Van Deusen, *Journal américain des maladies mentales*, avril 1869. Citation de Beard.

neurasthénie. Or, le plus souvent, c'est la neurasthénie qui ouvre la scène, et, quand les symptômes en ont acquis une certaine intensité, on voit apparaître des phénomènes morbides évidemment de nature hystérique, et même la grande attaque convulsive.

La neurasthénie conduit à la dipsomanie et à la morphinomanie. Incapable de se livrer à ses occupations habituelles sans souffrir ou sans éprouver une sensation de fatigue intolérable, le patient cherche et trouve, dans l'usage de la morphine ou de l'alcool, le moyen de calmer ses souffrances ou de stimuler les forces épuisées de son système nerveux. De l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas, que franchit bien vite un homme dont l'énergie morale a depuis longtemps fléchi. Alors naissent et grandissent ces impulsions irrésistibles qui poussent le malheureux neurasthénique à absorber des doses d'alcool de plus en plus fortes ou à se faire des injections de morphine de plus en plus fréquentes. Il est devenu dipsomane ou morphinomane. Désormais les symptômes de l'intoxication alcoolique ou morphinique s'ajoutent aux symptômes de la neurasthénie.

C'est de la même façon que le neurasthénique est conduit à abuser de la cocaïne, de l'éther, du chloroforme, du chloral. Il est vrai que toutes ces intoxications lentes sont beaucoup moins communes que la dipsomanie et la morphinomanie.

La dipsomanie procède souvent par accès, pendant lesquels l'impulsion à boire des doses croissantes d'alcool est tout à fait irrésistible. Elle serait particulièrement observée, d'après Beard, chez les neurasthéniques qui, avant d'être atteints d'épuisement nerveux, ne buvaient pas ou ne faisaient qu'un usage très modéré de boissons alcoo-

liques. Beaucoup de ces dipsomanes ont une curieuse tolérance à l'égard de l'alcool. Beard rapporte le cas d'un médecin neurasthénique qui, au plus fort des paroxysmes de la cérébrasthénie dont il souffrait, pouvait boire un grand verre d'eau-de-vie sans ressentir les effets ordinaires de l'ébriété. Sans doute, une semblable tolérance favorise et aggrave la dipsomanie. — On peut voir alterner chez le même patient des accès de dipsomanie et de morphinomanie. Celle-ci est cependant plutôt continue, et le morphinomane ne renonce guère, même momentanément, à son poison favori.

On ne devient pas à volonté dipsomane ou morphinomane; il y faut une certaine prédisposition. Or, cette prédisposition est très souvent fournie par la neurasthénie. La plupart des dipsomanes et des morphinomanes ont été et sont encore des neurasthéniques. En les observant de près, on retrouve chez eux, plus ou moins masqués par les symptômes de l'intoxication, des troubles nerveux de nature neurasthénique, tels que la céphalée, l'insomnie, l'émotivité excessive, les douleurs névralgiques dans les membres.

Parmi les affections fonctionnelles du système nerveux qui se développent volontiers sur un terrain neurasthénique, Beard place encore le goitre exophtalmique, la fièvre des foins ou coryza spasmodique et la plupart de ces névroses locales que Duchenne a décrites sous le nom d'impotences fonctionnelles, telles que la crampe des écrivains, celle des pianistes, celle des télégraphistes, etc. Assurément ces névroses locales se développent aussi en dehors de l'état neurasthénique, mais il est certain que la neurasthénie en est une cause prédisposante très efficace. Chez une de mes malades, la crampe des pianistes fut un

des premiers symptômes d'un épuisement nerveux qui dure depuis de longues années. Beaucoup de neurasthéniques sont incapables d'écrire pendant quelques minutes sans être pris d'un tremblement de la main ou sans éprouver dans le bras une sensation de raideur ou de fatigue intolérable. Nous connaissons bien aujourd'hui les rapports de la maladie de Basedow avec l'hystérie ; il n'est pas surprenant qu'elle présente les mêmes affinités pour la neurasthénie.

Il n'y a pas, même en pathologie nerveuse, une barrière absolument infranchissable entre le trouble fonctionnel et la lésion organique. Comme exemple de cette transformation, on cite souvent ces cas de contracture hystérique qui, affection d'abord purement fonctionnelle, aboutissent, après bien des années, à la sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière. Or, la neurasthénie est une névrose de longue durée. Les troubles fonctionnels et circulatoires qu'elle engendre dans les centres nerveux peuvent-ils devenir le point de départ de véritables lésions organiques ? Dans quelques cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, on a vu, aux symptômes de la névrose mixte, s'ajouter ceux d'une lésion diffuse du cerveau et de la moelle épinière. Les cas de ce genre ne sont pas entièrement probants, car on peut mettre en cause l'ébranlement matériel des centres nerveux. Quant à la neurasthénie spontanée, il n'y a pas encore d'observations précises qui démontrent qu'elle puisse donner naissance à des lésions organiques. Mais ce qui n'a pas été observé chez l'individu neurasthénique peut l'être chez ses descendants. L'hérédité de la neurasthénie, quand elle est très prononcée et convergente, expose au développement des affections organiques du système nerveux.

Ces considérations générales peuvent aider à établir le pronostic d'un cas particulier. Il faut surtout tenir compte des antécédents névropathiques, de l'hérédité et de la longue durée de la maladie ; ce sont les conditions qui aggravent le plus le pronostic. Si ces conditions n'existent pas, la situation est meilleure, bien qu'elle ne soit pas nécessairement favorable. Il y a lieu de prendre en considération les symptômes observés. Quelques-uns sont des signes fâcheux. Tels sont l'impuissance, l'asthénopie, l'atonie gastro-intestinale au second degré, la dépression cérébrale, l'aboulie. Ces symptômes ne sont pas des preuves certaines d'incurabilité, mais ils indiquent au moins que la maladie sera tenace et résistera probablement longtemps au traitement.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC DE LA NEURASTHÉNIE

La connaissance exacte des états neurasthéniques est vraiment indispensable au praticien. Les symptômes de l'épuisemeut nerveux ont, en effet, de trompeuses analogies avec ceux qu'on observe dans les premières périodes de certaines affections organiques du système nerveux. La cérébrasthénie donne parfois l'image du début de la paralysie générale, de la syphilis cérébrale, de la tumeur encéphalique. Quant à la myélasthénie, elle rappelle, dans quelques cas, le stade préataxique de l'ataxie locomotrice et peut être également confondue avec certaines myélites.

Mal interprétés, les symptômes neurasthéniques deviennent fréquemment, surtout chez les médecins atteints d'épuisement nerveux, le point de départ de préoccupations morales extrêmement vives ; les patients se croient sûrement atteints d'une affection organique du cerveau ou de la moelle épinière. Beard cite plusieurs cas de ce genre, et j'ai moi-même observé quelques exemples de ces erreurs d'interprétation.

En général, un examen méthodique et complet du pa-

tient permet d'établir sûrement le diagnostic entre la maladie fonctionnelle et la maladie organique. Il faut, avant toute chose, se garder d'attribuer une importance exagérée à un seul symptôme. Ici, comme dans la plupart des maladies, le diagnostic doit être fondé, non sur la constatation d'un symptôme plus ou moins caractéristique, mais bien sur l'ensemble des symptômes observés. Ainsi, les douleurs fréquentes des membres inférieurs existent dans la neurasthénie, presque avec la même intensité que dans l'ataxie locomotrice ; mais les autres signes du tabès font défaut. J'ai déjà cité un cas de céphalée neurasthénique tellement violente et tenace, qu'elle simulait celle de l'urémie ou de la tumeur encéphalique ; mais le patient ne présentait aucun signe d'une lésion rénale, aucun trouble circulatoire, et à cette céphalalgie étaient associés des vertiges, un état d'anxiété et les symptômes de l'atonie gastro-intestinale, phénomènes morbides appartenant bien plus à la neurasthénie qu'à une lésion organique de l'encéphale. Dans quelques cas cependant, il peut être nécessaire, avant de conclure d'une façon définitive, d'examiner le patient à diverses reprises, et de suivre les modifications des symptômes et la marche de la maladie.

Ce qui complique encore la question du diagnostic, c'est l'adjonction possible des symptômes neurasthéniques à ceux d'une affection organique du système nerveux. Au chapitre de l'étiologie, j'ai signalé déjà la complication de la neurasthénie avec l'ataxie, le tabès spasmodique, la paralysie générale spinale antérieure de Duchenne. Dans ces cas complexes, il faut une attention très soutenue pour établir la distinction entre les troubles purement fonctionnels et les symptômes de l'affection organique. Or il n'est pas indifférent, au point de vue du traitement, de recon-

naître la coexistence de l'état neurasthénique. Chez les trois malades auxquels je viens de faire allusion, j'ai constaté, à côté des symptômes propres à l'affection organique de la moelle épinière, des symptômes de cérébrasthénie, l'aboulie, la diminution notable de la mémoire, l'émotivité, l'insomnie, associés à la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale. Ces trois patients avaient en quelques mois subi un amaigrissement considérable. Or ces troubles cérébraux et digestifs sont étrangers au tableau clinique des trois affections spinales que je viens de nommer.

Caractères généraux des symptômes neurasthéniques. — Certains caractères généraux, sur lesquels Beard a beaucoup insisté, sont propres aux symptômes de la neurasthénie.

En règle générale, les manifestations de l'épuisement nerveux ont une mobilité, une variabilité, qu'on n'observe pas dans celles des lésions organiques. Le tableau clinique est, dans un cas, susceptible de modifications nombreuses et souvent inattendues ; dans l'autre, il est beaucoup plus fixe, ou bien, s'il y survient des changements, ils sont en quelque sorte prévus et procèdent suivant un ordre bien connu. Il ne faudrait pas cependant prendre cette proposition tout à fait à la lettre. Certains symptômes neurasthéniques ont une ténacité désespérante; tels sont l'asthénopie, l'impuissance, la céphalée, l'impotence motrice des membres inférieurs. Il est vrai que ces symptômes permanents sont le plus souvent accompagnés d'autres phénomènes qui présentent à un haut degré la mobilité particulière aux états neurasthéniques.

Il est un certain nombre de troubles fonctionnels qui appartiennent en propre à l'épuisement nerveux, ou qui

sont du moins infiniment plus rares dans les affections organiques; tels sont l'hyperesthésie du cuir chevelu, la migraine, l'asthénopie nerveuse, les idiosyncrasies à l'égard de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses, les préoccupations hypocondriaques, les états d'anxiété. Lorsque des symptômes de ce genre dominent le tableau clinique, il est bien probable qu'il s'agit de l'épuisement nerveux et non d'une affection organique.

Dans la neurasthénie, le pouvoir réflexe des centres nerveux est généralement augmenté; il est plutôt diminué dans bon nombre d'affections organiques du système nerveux. Je rappellerai cependant que les réflexes rotuliens sont quelquefois diminués dans certains cas d'impotence motrice des membres inférieurs, chez des femmes atteintes de neurasthénie invétérée.

Les neurasthéniques présentent les attributs extérieurs du tempérament nerveux. Ils ont la peau blanche, les cheveux fins, un visage aux traits délicats, les extrémités fines. Beard se hâte d'ajouter qu'il y a des exceptions. Je crois les exceptions aussi communes que la règle elle-même.

Affections nerveuses organiques. — Depuis que j'étudie particulièrement la neurasthénie, j'ai noté les affections organiques des centres nerveux avec lesquelles cette névrose avait été confondue. Je laisse de côté les erreurs grossières, et je ne tiens compte que de celles qui présentent quelque intérêt au point de vue du diagnostic différentiel. Or, ces affections organiques des centres nerveux sont: la paralysie générale, la tumeur cérébrale, l'ataxie, la myélite chronique ou subaiguë, l'atrophie musculaire progressive, la syphilis cérébrale.

Paralysie générale. — Assurément il ne peut être

question du diagnostic différentiel de la cérébrasthénie et de la paralysie générale, lorsque cette dernière affection est arrivée à la période d'état. Mais le diagnostic peut bien offrir quelques difficultés tout à fait au début, pendant la période prodromique de la paralysie générale, du moins si cette période revêt les caractères de la mélancolie et de l'hypocondrie. Le tableau clinique, dans les cas de ce genre, n'est pas sans analogie avec celui de la cérébrasthénie. Ces paralytiques ont de la dépression cérébrale, des idées tristes, de l'émotivité, de la céphalée, de l'insomnie, des troubles de la mémoire, des poussées congestives vers la tête, des troubles digestifs, des douleurs vagues dans les membres, quelquefois même des palpitations, symptômes que présentent aussi les malades atteints de la forme cérébrale de la neurasthénie. Les données étiologiques ne peuvent pas beaucoup servir à ce diagnostic différentiel, puisque le surmenage du cerveau, cause commune de la neurasthénie, conduit également à la paralysie générale. L'hérédité névropathique prédispose aussi à l'une et à l'autre affection nerveuse.

Mais si l'on peut observer dans les deux cas des symptômes analogues, cependant ces symptômes n'ont pas tout à fait les mêmes caractères. La céphalée neurasthénique est continue, non très intense, souvent localisée à la nuque; la douleur de tête du paralytique survient plutôt par accès et généralement est plus prononcée. La migraine observée au début de la paralysie générale est souvent une migraine accompagnée; c'est la migraine ophtalmique avec scotôme scintillant, ou bien la migraine avec accès d'aphasie ou de parésie d'un membre. Celle du neurasthénique revêt la forme simple. Ce n'est pas dans les deux cas le même trouble des facultés intellectuelles. Chez le neurasthénique,

ces facultés restent longtemps indemnes, seulement l'exercice en est difficile et s'accompagne d'une sensation de fatigue précoce; il n'y a jamais de conceptions délirantes. Chez le paralytique, on peut constater, même au début, des lacunes graves de la mémoire, et un interrogatoire répété, dirigé dans divers sens, permet parfois de découvrir quelques ébauches de conceptions délirantes, quelques idées de grandeur ou de persécution. Le sens moral reste indemne dans la neurasthénie; on sait que la perversion du sens moral est, au contraire, un des signes les plus précoces de la périencéphalite diffuse. L'excitation génésique est commune au début de la plupart des formes de la paralysie générale; dans la neurasthénie, quand elle n'est pas d'origine génitale, la règle, c'est la diminution de la virilité pouvant aller jusqu'à l'impuissance. Déjà dans la période prodromique de la périencéphalite, il n'est pas rare de voir apparaître les premiers indices de ces signes objectifs qui ont une si grande valeur pour le diagnostic : l'inégalité permanente des pupilles, l'agueusie, l'anosmie, les troubles de la parole, ceux de l'écriture.

Tumeur cérébrale. — La céphalée et le vertige, tels sont les deux symptômes de la cérébrasthénie qui peuvent faire naître l'idée de la tumeur cérébrale. J'ai déjà cité un cas de cérébrasthénie dans lequel la céphalée avait acquis une intensité tout à fait exceptionnelle. Mais ce fait est fort rare. Le vertige neurasthénique n'a pas non plus la violence de celui qu'on observe dans certains cas de tumeur cérébelleuse. D'ailleurs, les symptômes associés à la céphalée et au vertige permettront toujours d'établir le diagnostic. Un cérébrasthénique qui souffre de céphalée et de vertige présente aussi de l'anxiété, des préoccupations hypocondriaques, de l'asthénopie, des douleurs névralgi-

ques dans les membres, de l'atonie gastro-intestinale, de l'asthénie motrice, et ces symptômes associés ne sont toujours que des troubles purement fonctionnels du système nerveux. S'il s'agit d'une tumeur cérébrale, on voit tôt ou tard se joindre aux deux symptômes du début des signes de compression cérébrale, la névrite optique, des paralysies des nerfs crâniens, des phénomènes d'excitation ou de paralysie motrice, etc. L'hésitation ne saurait être de longue durée.

Atrophie musculaire progressive. — Les secousses fibrillaires des muscles ne sont pas rares chez les neurasthéniques. Elles se montrent surtout au visage et aux mains. Ce sont ces secousses fibrillaires qui font croire au début de l'atrophie musculaire progressive. J'ai vu deux erreurs de ce genre. Dans l'un de ces deux cas, le malade, tout à la fois rhumatisant et neurasthénique, avait une légère atrophie des muscles du premier espace interosseux de la main droite atteinte de rhumatisme noueux. Ces faits prouvent qu'il ne faut pas attribuer trop de valeur à un seul signe. Ces muscles agités de quelques secousses fibrillaires ne sont pas atrophiés, ou bien, s'ils le sont à quelque degré, cette atrophie s'explique par une arthrite de voisinage. Les secousses sont plus ou moins généralisées ; elles n'existent pas seulement dans ces muscles de la main par lesquels débute le plus souvent l'atrophie musculaire progressive; elles intéressent aussi les muscles du visage, que respecte toujours cette affection organique du système nerveux, du moins quand elle se développe chez les adultes. D'ailleurs le patient présente beaucoup d'autres symptômes de l'état neurasthénique.

Myélite chronique ou subaiguë. — J'ai l'observation d'une malade chez laquelle un praticien éminent reconnut

le début d'une myélite chronique. Ce diagnostic date de plus de dix ans. Or la malade est encore aujourd'hui ce qu'elle était alors, une femme neurasthénique. C'est l'asthénie motrice des membres inférieurs qui conduit à ce diagnostic de myélite subaiguë ou chronique. Or cette asthénie n'est pas une paralysie véritable, et elle peut durer fort longtemps avec les mêmes caractères, sans aggravation, ou même avec des périodes de rémission. L'anesthésie, l'abolition des réflexes, l'atrophie musculaire, les troubles trophiques de la peau, les troubles sérieux de la vessie et du rectum, font toujours défaut dans la neurasthénie spinale, et il est bien rare que quelques-uns de ces signes n'existent pas, même au début de la myélite chronique ou subaiguë. Dans la forme spinale de la sclérose en plaques, les réflexes tendineux sont exagérés, mais cette exagération est considérable et va jusqu'au clonus du pied et à la trépidation du membre inférieur, deux phénomènes morbides qui n'appartiennent pas à la myélasthénie. D'ailleurs, quand il s'agit d'épuisement nerveux, l'examen de tous les organes y révèle des troubles fonctionnels de nature neurasthénique. Outre l'asthénie motrice des membres inférieurs, la jeune femme dont j'ai parlé tout à l'heure présentait des symptômes évidents de cérébrasthénie, l'asthénopie, l'aboulie, l'émotivité.

Il y a des cas dans lesquels le diagnostic peut offrir de réelles difficultés, par exemple lorsque la myélite, chronique ou subaiguë, se développe chez un malade atteint déjà d'hystérie ou de neurasthénie. Une de mes observations est un exemple de cette difficulté du diagnostic. Il s'agit d'une jeune femme dont les antécédents héréditaires et personnels sont très chargés. Elle avait toujours passé pour névropathe, et, quelques mois auparavant, elle avait

été atteinte d'anorexie nerveuse. Elle avait un affaiblissement marqué de la motilité des quatre membres, sans anesthésie et sans trouble du rectum ni de la vessie. Cet état était survenu graduellement, et la patiente présentait bien ces modifications du caractère qui impriment un cachet si particulier à la neurasthénie féminine. Or il s'agissait d'une myélite subaiguë envahissante, comme le démontra la marche ultérieure de l'affection. Deux signes auraient d'ailleurs permis, s'ils avaient été mieux interprétés, de conclure dès le début à une affection organique de la moelle épinière ; les pupilles étaient très serrées et les réflexes rotuliens complètement abolis.

Ataxie locomotrice. — C'est avec l'ataxie locomotrice que la neurasthénie est le plus souvent confondue. Il y a bien, en effet, quelques analogies entre les deux affections. Dans quelques formes de neurasthénie spinale, les patients ont des douleurs névralgiques lancinantes dans les membres inférieurs, une certaine incertitude de la démarche, quelquefois même, surtout s'il s'agit de myélasthénie d'origine génitale, des troubles génitaux, des pollutions nocturnes, de la précocité de l'éjaculation, de l'impuissance, de la spermatorrhée. Les yeux étant fermés, la station verticale est mal assurée, phénomène qui rappelle le signe de Romberg. Un de mes malades, neurasthénique de longue date, a été considéré et traité comme ataxique pendant plusieurs années, et il porte dans le dos des cicatrices de pointes de feu nombreuses et profondes. M. Bernhardt [1] vient d'appeler de nouveau l'attention sur ce pseudo-tabès neurasthénique.

En général, le diagnostic est facile. Ces pseudo-tabé-

[1] Bernhardt. *Société de médecine de Berlin*, novembre 1890.

tiques ont des réflexes rotuliens normaux ou exagérés, ils n'ont pas de plaques d'anesthésie sur les membres inférieurs, pas de troubles oculo-pupillaires. Le signe d'Argyll-Robertson fait défaut dans la neurasthénie. Les douleurs neurasthéniques des membres sont aussi moins intenses que les crises fulgurantes des tabétiques. En explorant la force motrice de tous les groupes musculaires des membres inférieurs chez les ataxiques, on y découvre souvent des paralysies partielles, signes de ces névrites périphériques qui paraissent de plus en plus communes au cours et même au début du tabès ; or l'asthénie motrice des neurasthéniques ne peut être confondue avec ces paralysies motrices partielles. Les troubles viscéraux sont très différents dans les deux affections. L'atonie gastro-intestinale neurasthénique ne ressemble pas du tout aux crises gastriques de l'ataxie.

Syphilis cérébrale. — Il est fort important, au point de vue pratique, de distinguer les symptômes de la syphilis cérébrale de ceux de la cérébrasthénie. Il n'est pas rare de rencontrer des syphilitiques qui se plaignent de troubles nerveux variés, et qui sont d'autant plus accablés de mercure et d'iodure de potassium, qu'ils s'en plaignent davantage. Ces malades ont eu des manifestations syphilitiques, mais les symptômes nerveux qu'ils accusent ne relèvent que d'une façon fort indirecte de la syphilis ; ce sont des troubles fonctionnels de nature neurasthénique.

Chez certains syphilitiques dont le système nerveux est plus excitable, l'infection syphilitique peut être accompagnée, soit dès l'accident primitif, soit plutôt pendant les périodes secondaire et tertiaire, de symptômes nerveux nombreux, diversement combinés, et qui relèvent de l'hystérie ou de la neurasthénie. En d'autres termes, la sy-

philis doit être mise au rang des agents provocateurs de ces deux névroses. Sous le nom de *nervosisme secondaire*, M. Fournier [1] a décrit des troubles fonctionnels du système nerveux, observés particulièrement chez la femme, dont beaucoup appartiennent à la neurasthénie développée sous l'influence de l'infection syphilitique. Nous y retrouvons la céphalée, l'insomnie, l'émotivité, l'asthénie motrice, les douleurs névralgiques dans les membres. C'est de la neurasthénie, de même que d'autres symptômes de ce nervosisme secondaire, certaines anesthésies et certaines paralysies motrices sont de l'hystérie. — Chez l'homme, la syphilis s'accompagne souvent de préoccupations hypocondriaques intenses, et c'est plutôt sous l'influence de ces préoccupations qu'apparaissent les symptômes neurasthéniques. Ce qu'on observe alors, c'est une cérébrasthénie que caractérisent l'insomnie, la céphalée, la dépression cérébrale, l'inaptitude au travail intellectuel, l'asthénie motrice, l'émotivité, symptômes auxquels s'associe presque toujours la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale. La plupart de ces syphilitiques atteints de cérébrasthénie sont pâles et très amaigris.

On conçoit aisément combien il est nécessaire de ne pas attribuer à la syphilis tous ces troubles fonctionnels de la neurasthénie. Un traitement rationnel dépend d'une judicieuse interprétation. Or le diagnostic est généralement facile; il suffit de faire avec quelque attention l'analyse des symptômes observés. L'état mental est surtout caractéristique; tous ces syphilitiques cérébrasthéniques ont de vives préoccupations hypocondriaques et sont dans un état

[1] Fournier, *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, Paris, 1873, p. 754.

de perpétuelle anxiété. A moins qu'une lésion organique, imminente ou déjà réalisée, n'exige le traitement spécifique, tous ces malades ont moins besoin de mercure et d'iodure de potassium, que d'un traitement moral, d'un changement de milieu, d'hydrothérapie et d'une bonne hygiène.

Névroses. — Parmi les affections névrosiques qui peuvent être confondues avec la neurasthénie, il faut citer surtout la mélancolie, l'hypocondrie, l'hystérie et la maladie de Basedow.

Mélancolie. — L'état mental de certains cérébrasthéniques se rapproche beaucoup de celui des mélancoliques. Nous avons vu d'ailleurs que la neurasthénie conduit quelquefois à la mélancolie. On a même décrit une forme neurasthénique de la mélancolie, développée à la suite des maladies graves ou des états de consomption, et d'autre part la mélancolie des onanistes se produit le plus souvent sur un fond de neurasthénie génitale.[1] En sorte qu'il peut être difficile de tracer la limite qui sépare les deux affections. La question est particulièrement délicate à résoudre quand il s'agit de la période prodromique de la mélancolie ou bien encore de la cérébrasthénie d'origine traumatique.

L'analyse des troubles intellectuels fournit cependant des éléments de diagnostic. Dans la mélancolie, la dépression cérébrale est généralement entretenue par une idée obsédante entièrement erronée, ou qui procède d'un événement de la vie passée, et c'est cette idée obsédante qui opprime l'intelligence et la volonté. L'angoisse du mélancolique est souvent l'origine d'actes impulsifs qui

[1] Schüle, *Traité clinique des maladies mentales*, traduction française de MM. Dagonet et Duhamel, Paris, 1838, p. 61.

portent le cachet d'une violence irréfléchie. Enfin, les illusions et les hallucinations, communes dans la mélancolie, n'existent pas dans la neurasthénie. Tout au plus peut-on observer, dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, quelques courts accès de délire émotif ou quelques visions hypnagogiques.

Hypocondrie. — Nous avons vu par quels caractères les préoccupations hypocondriaques neurasthéniques diffèrent de l'hypocondrie vésanique. Elles sont mobiles et changeantes, comme la plupart des autres symptômes de l'épuisement nerveux; le patient est accessible aux raisonnements de son médecin et se laisse plus ou moins convaincre de l'inanité de ses craintes, du moins pour un certain temps. Il en est tout autrement de l'hypocondrie vésanique, dans laquelle la préoccupation hypocondriaque, d'ailleurs plus intense, est plus étroitement concentrée sur un objet déterminé. Il s'agit là d'une sorte de délire chronique systématisé.

Hystérie. — Au point de vue nosologique, l'hystérie et la neurasthénie sont deux névroses très distinctes. Les symptômes cardinaux, les stigmates de l'hystérie sont : la crise convulsive, les zones hystérogènes, les anesthéries segmentaires, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, les troubles spéciaux des organes des sens, le rétrécissement du champ visuel avec ou sans dyschromatopsie. Les symptômes cardinaux de la neurasthénie sont : la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'asthénie motrice, la rachialgie, l'atonie gastro-intestinale, auxquels on peut encore ajouter les troubles de l'innervation vasomotrice, l'impuissance plus ou moins complète et la dilatation habituelle des pupilles. Voilà deux tableaux cliniques dont les traits sont tout à fait différents. Dans

les cas obscurs, ce sont ces stigmates de l'une et de l'autre névrose qu'il faut chercher à mettre en évidence.

Les manifestations de l'hystérie peuvent paraître et disparaître brusquement; celles de la neurasthénie peuvent bien se montrer avec une sorte d'acuité, comme par exemple à la suite d'un traumatisme ou d'une émotion violente, mais en général elles ne s'effacent que d'une façon lente et progressive. L'hystérique ne jouit pas d'un équilibre cérébral parfait; pourtant la vivacité de beaucoup d'hystériques contraste avec la dépression habituelle de la plupart des neurasthéniques. Les anesthésies complètes, superficielles et profondes, sont propres à l'hystérie; dans la neurasthénie, on n'observe guère que des engourdissements très passagers de la sensibilité de la peau et des muqueuses, jamais une véritable anesthésie.

Depuis que nous connaissons mieux les nombreux agents provocateurs de l'hystérie et la fréquence de cette névrose chez l'homme, on ne peut plus opposer l'hystérie, névrose de la femme, à la neurasthénie, névrose commune aux deux sexes et plus fréquente chez l'homme. Cependant il est toute une catégorie d'hommes chez lesquels l'hystérie est encore inconnue et l'épuisement nerveux, au contraire, assez commun; ce sont des hommes appartenant aux classes moyennes ou élevées, menant une vie laborieuse, commerçants, industriels, savants, hommes de cabinet, que l'excès du travail intellectuel et de la fatigue physique conduit à la neurasthénie.

Maladie de Basedow. — Beaucoup de neurasthéniques ont de l'accélération des battements du cœur. J'ai précédemment décrit une tachycardie neurasthénique permanente. Or, la maladie de Basedow ne présente pas toujours la triade classique, les palpitations, la tuméfaction

portent le cachet d'une violence irréfléchie. Enfin, les illusions et les hallucinations, communes dans la mélancolie, n'existent pas dans la neurasthénie. Tout au plus peut-on observer, dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, quelques courts accès de délire émotif ou quelques visions hypnagogiques.

Hypocondrie. — Nous avons vu par quels caractères les préoccupations hypocondriaques neurasthéniques diffèrent de l'hypocondrie vésanique. Elles sont mobiles et changeantes, comme la plupart des autres symptômes de l'épuisement nerveux; le patient est accessible aux raisonnements de son médecin et se laisse plus ou moins convaincre de l'inanité de ses craintes, du moins pour un certain temps. Il en est tout autrement de l'hypocondrie vésanique, dans laquelle la préoccupation hypocondriaque, d'ailleurs plus intense, est plus étroitement concentrée sur un objet déterminé. Il s'agit là d'une sorte de délire chronique systématisé.

Hystérie. — Au point de vue nosologique, l'hystérie et la neurasthénie sont deux névroses très distinctes. Les symptômes cardinaux, les stigmates de l'hystérie sont: la crise convulsive, les zones hystérogènes, les anesthéries segmentaires, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, les troubles spéciaux des organes des sens, le rétrécissement du champ visuel avec ou sans dyschromatopsie. Les symptômes cardinaux de la neurasthénie sont: la céphalée, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'asthénie motrice, la rachialgie, l'atonie gastro-intestinale, auxquels on peut encore ajouter les troubles de l'innervation vasomotrice, l'impuissance plus ou moins complète et la dilatation habituelle des pupilles. Voilà deux tableaux cliniques dont les traits sont tout à fait différents. Dans

les cas obscurs, ce sont ces stigmates de l'une et de l'autre névrose qu'il faut chercher à mettre en évidence.

Les manifestations de l'hystérie peuvent paraître et disparaître brusquement; celles de la neurasthénie peuvent bien se montrer avec une sorte d'acuité, comme par exemple à la suite d'un traumatisme ou d'une émotion violente, mais en général elles ne s'effacent que d'une façon lente et progressive. L'hystérique ne jouit pas d'un équilibre cérébral parfait; pourtant la vivacité de beaucoup d'hystériques contraste avec la dépression habituelle de la plupart des neurasthéniques. Les anesthésies complètes, superficielles et profondes, sont propres à l'hystérie; dans la neurasthénie, on n'observe guère que des engourdissements très passagers de la sensibilité de la peau et des muqueuses, jamais une véritable anesthésie.

Depuis que nous connaissons mieux les nombreux agents provocateurs de l'hystérie et la fréquence de cette névrose chez l'homme, on ne peut plus opposer l'hystérie, névrose de la femme, à la neurasthénie, névrose commune aux deux sexes et plus fréquente chez l'homme. Cependant il est toute une catégorie d'hommes chez lesquels l'hystérie est encore inconnue et l'épuisement nerveux, au contraire, assez commun; ce sont des hommes appartenant aux classes moyennes ou élevées, menant une vie laborieuse, commerçants, industriels, savants, hommes de cabinet, que l'excès du travail intellectuel et de la fatigue physique conduit à la neurasthénie.

Maladie de Basedow. — Beaucoup de neurasthéniques ont de l'accélération des battements du cœur. J'ai précédemment décrit une tachycardie neurasthénique permanente. Or, la maladie de Basedow ne présente pas toujours la triade classique, les palpitations, la tuméfaction

thyroïdienne et l'exophtalmie. Il est des formes frustes, peut-être aussi communes que les formes complètes, et qui, pendant longtemps, n'ont qu'un des trois symptômes cardinaux. Or, ce symptôme unique, c'est précisément la tachycardie [1].

Ces formes frustes sont parfois très difficiles à distinguer de la cérébrasthénie avec tachycardie permanente, et j'avoue que, dans plusieurs cas, je suis resté longtemps indécis. Il est vrai que les palpitations du goitre exophtalmique s'accompagnent de tremblement; mais le tremblement appartient aussi à la neurasthénie et il y présente à peu près les mêmes caractères. Il est exagéré par l'émotion, et les oscillations en sont également courtes et brèves; c'est aussi un tremblement vibratoire. Les deux névroses procèdent le plus souvent de la même cause, une forte émotion morale. Ajoutons encore que l'état mental des malades atteints de goitre exophtalmique ressemble à celui des cérébrasthéniques. Ces malades ont aussi de l'émotivité, de l'angoisse, de la céphalée, de l'insomnie, des rêves effrayants, de la dépression cérébrale habituelle, mêlée parfois de quelques phénomènes d'excitation.

Les difficultés du diagnostic sont donc très réelles, du moins jusqu'à l'apparition, quelquefois tardive, de l'exophtalmie ou de la tuméfaction thyroïdienne. Cependant les symptômes accessoires permettent un diagnostic plus précoce. La glycosurie et l'albuminurie nerveuses sont plus communes dans la maladie de Basedow. Il en est de même des troubles respiratoires; les malades atteints de cette affection ont parfois une toux quinteuse, survenant par accès, sans expectoration et sans signes stéthoscopiques. Les trou-

[1] P. Marie, thèse de Paris, 1883.

bles digestifs sont encore plus caractéristiques. Ce sont des crises de vomissement ou de diarrhée lientérique, symptômes bien différents de ceux de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Ces phénomènes morbides observés du côté des viscères prouvent que, dans la maladie de Basedow, l'innervation vaso-motrice est encore plus profondément troublée que dans la neurasthénie.

Je sais bien que beaucoup de cliniciens n'accepteront pas volontiers cette tachycardie permanente neurasthénique; ils y verront plutôt une forme fruste du goitre exophtalmique. Pourtant je maintiens la distinction, en me fondant sur la marche ultérieure de l'affection. On peut voir, en effet, dans les cas de ce genre, les troubles cardiaques s'amender et les symptômes de la cérébrasthénie persister en se caractérisant davantage, tandis que les autres symptômes de la maladie de Basedow continuent à faire défaut.

Anémie. — Beaucoup de médecins ont encore une tendance fâcheuse à considérer comme anémiques tous les malades qui se plaignent de ces malaises nerveux qu'il est difficile d'attribuer à une lésion organique. Or, un grand nombre de neurasthéniques, hommes et femmes, ne sont anémiques à aucun degré; ils ont un sang de coloration et de composition tout à fait normales. D'ailleurs il est vraiment facile de distinguer la neurasthénie de la plupart des anémies. Les chlorotiques ont des souffles cardiaques et cervicaux que n'ont pas les neurasthéniques. Ces souffles font souvent défaut dans les anémies dues à des lésions organiques, la tuberculose et le cancer par exemple, mais l'existence de ces lésions organiques écarte les erreurs d'interprétation.

Il est vrai que l'anémie intense trouble également les fonctions du système nerveux et que ces modifications fonc-

tionnelles ont quelques analogies avec celles qui appartiennent à l'épuisement nerveux. On conçoit donc qu'il y ait une certaine difficulté à établir un diagnostic complet, lorsque le patient est tout à la fois anémique et neurasthénique. En pareil cas, il existe un contraste manifeste entre le degré de l'anémie et l'intensité de la dépression nerveuse. Dans la cérébrasthénie, l'effort intellectuel seul provoque une sensation de fatigue précoce et pénible, tandis que le patient supporte très bien la fatigue physique, par exemple la marche prolongée. Chez l'anémique, au contraire, l'effort intellectuel et l'effort physique sont mal tolérés, et plus encore l'activité du corps que celle de l'esprit.

Rhumatisme. — Il est toute une catégorie de neurasthéniques qui sont qualifiés de rhumatisants. Ce sont ceux qui souffrent de douleurs erratiques dans les membres, le tronc et la tête, douleurs qui subissent l'influence des variations de la température. Ces douleurs sont de nature nerveuse et il est en général facile d'en reconnaître la vraie signification : le patient présente d'autres symptômes plus caractéristiques de la neurasthénie.

Uricémie. Goutte. — On fait souvent aussi la confusion de la neurasthénie et de la goutte, ou plutôt de l'uricémie. L'uricémique est généralement un homme arrivé à la période moyenne de la vie; c'est de trente-cinq à quarante ans qu'il commence à se plaindre de malaises nerveux. Il a fait des excès de table depuis la jeunesse et mené une vie trop sédentaire. Pendant longtemps la recette a été supérieure à la dépense. Le sang est surchargé des produits de la digestion, et l'urine contient fréquemment un excès d'urée et d'acide urique. Cette altération du sang trouble le fonctionnement du système nerveux. Le patient se plaint de céphalée, de sensation de lassitude, d'oppression

dès qu'il marche, d'inaptitude au travail intellectuel. Il est irascible, emporté, et traverse de longues périodes de mauvaise humeur. Il a parfois des palpitations et souvent des troubles digestifs. Il est habituellement constipé et la constipation augmente la plupart de ses malaises.

Tous ces troubles fonctionnels rappellent, en effet, ceux de la neurasthénie. Un auteur américain, M. Rockwell, fait remarquer que, dans l'Amérique du Nord, où les deux états morbides sont très communs, beaucoup d'uricémiques sont considérés et traités comme neurasthéniques. J'ai vu plusieurs exemples de cette erreur d'interprétation. Les patients étaient soumis à un régime tonique. Se croyant atteints d'un épuisement du système nerveux, ils mangeaient beaucoup de viande et usaient largement de vin, de café et de liqueurs. Ce régime ne faisait qu'aggraver leurs malaises nerveux.

M. Rockwell a longuement exposé ce diagnostic différentiel de la neurasthénie et de l'uricémie. Il s'est attaché à mettre en relief les nuances que présentent les principaux symptômes dans l'une et l'autre affection. Le neurasthénique serait moins irritable, et la méchante humeur de l'uricémique serait de plus longue durée. L'état saburral de la langue et le refroidissement des mains et des pieds seraient plus prononcés dans l'uricémie. L'oxalurie serait plus commune dans la neurasthénie.

Pour mon compte, j'ai rencontré beaucoup d'uricémiques, car ils ne sont pas rares, du moins quand on sait les reconnaître, et je suis convaincu que ce diagnostic ne présente pas de réelles difficultés. Les meilleurs signes sont tirés de l'examen de l'appareil circulatoire. De bonne

[1] Rockwell, *New-York medical journal*, février 1888.

heure, l'uricémie s'accompagne d'hypertension artérielle. Le pouls est un peu plus fréquent, il est surtout plus dur, plus tendu qu'à l'état normal, et l'artère radiale, moins dépressible, roule sous le doigt à la manière d'une corde rigide. L'impulsion précordiale est plus énergique et le second bruit du cœur retentit d'une façon exagérée au foyer d'auscultation des bruits aortiques. Même à cette période initiale, il n'est pas rare de trouver des traces d'albumine dans l'urine. Le traitement est un autre moyen de diagnostic. Du régime de l'uricémique supprimez la viande, l'alcool et le café; conseillez-lui le lait, les végétaux et l'exercice physique; au bout de quelques semaines, il sera transformé et tous ses malaises nerveux auront presque entièrement disparu. On n'obtient pas une amélioration aussi prompte, même avec un traitement très rationnel, quand il s'agit d'un véritable état neurasthénique.

CHAPITRE X

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

Je ne vais pas jusqu'à dire que les agents pharmaceutiques doivent être entièrement bannis du traitement de la neurasthénie, mais il est certain que les traitements réellement efficaces ne mettent guère en œuvre que des agents physiques, diversement combinés. Combien de neurasthéniques ont épuisé sans succès toute la série des médicaments employés dans les maladies nerveuses ! Il y a même un véritable danger à faire usage de substances médicamenteuses, et ce danger réside dans la déplorable tendance qu'ont ces malades à faire un abus grandissant de la morphine, des bromures, de la cocaïne, du chloral, de l'éther, c'est-à-dire de la plupart de ces médicaments qui, à un moment donné, leur ont été prescrits pour combattre quelques symptômes de leur maladie. C'est ainsi que l'épuisement nerveux finit par se compliquer d'une intoxication chronique, contre laquelle il est presque toujours plus difficile de lutter que contre la neurasthénie elle-même.

Malades et médecins doivent être bien convaincus qu'il

n'y a pas de spécifiques contre la neurasthénie, pas plus que contre beaucoup d'autres maladies chroniques. Pour bien traiter un malade atteint d'épuisement nerveux, du bon sens, du jugement et du tact sont des qualités plus précieuses que des connaissances étendues sur l'action des médicaments. Un neurasthénique suivait avec intérêt la publication dans un journal de médecine de mon premier travail sur la neurasthénie. Arrivé au chapitre du traitement, il eût une grande déception ; il n'y avait point trouvé le médicament spécifique qu'il espérait et qu'il attend encore.

Il faut bien connaître, non seulement l'état actuel du patient, mais aussi son passé, les conditions dans lesquelles il a vécu, son entourage et les causes qui ont présidé au développement de la maladie nerveuse. De cette enquête le médecin pourra tirer des indications fort utiles au point de vue du pronostic et du traitement. Il est clair qu'il faut, autant que la chose est possible, supprimer les causes. Certains milieux sont funestes aux neurasthéniques. Il peut donc devenir nécessaire de proposer un changement de vie et d'habitudes, temporaire ou même définitif.

Il y a quelques règles de prophylaxie, tirées de l'étude des causes. — Doit-on permettre le mariage aux neurasthéniques avérés? On ne peut guère le déconseiller absolument que dans les cas de neurasthénie héréditaire Si la maladie nerveuse est acquise, le mariage peut être permis. à la condition que le patient soit amélioré déjà et qu'il entre dans une famille indemne de toute hérédité névropathique. J'ai traité déjà la question plus délicate du mariage dans les cas de neurasthénie génitale. — Il faut diriger d'une façon toute particulière l'éducation des enfants dont le système nerveux manifeste de bonne heure

une grande excitabilité, développer d'abord les forces physiques, retarder la culture des facultés intellectuelles, écarter toutes les conditions propres à engendrer l'onanisme, et de toutes ces conditions la plus à craindre est l'internat du collège, surveiller avec sollicitude l'époque périlleuse de la puberté, éviter le surmenage intellectuel de l'adolescence, choisir une carrière en rapport avec les aptitudes et le degré d'énergie morale de l'enfant devenu jeune homme. Une ambition exagérée, qui ne s'appuie pas sur de solides qualités, conduit aux déceptions inévitables, et c'est là une des causes efficaces de la neurasthénie.

I. TRAITEMENT MORAL. — SUGGESTION HYPNOTIQUE

L'influence morale que peut exercer le médecin sur le malade joue le plus grand rôle dans le traitement de la neurasthénie. Il est vraiment nécessaire, pour assurer le succès de ce traitement, que le médecin sache gagner la confiance du patient et possède sur lui une autorité incontestée. Or la première chose à faire pour gagner la confiance du neurasthénique, c'est d'écouter patiemment le récit de ses souffrances, de paraître y prendre un réel intérêt et de faire de sa personne un examen méthodique et complet. Convaincu qu'il a été convenablement examiné, le patient sera mieux préparé à tenir pour vraies les confidences que lui fera le médecin sur la nature de son mal, mieux disposé surtout à accepter le traitement qui lui sera conseillé. Il est prudent, en effet, de ne pas le laisser dans l'ignorance absolue de l'affection dont il souffre. Sans doute, il faut le rassurer, chercher à faire naître en lui l'espoir d'une guérison prochaine et lui citer des exemples

de malades guéris. Mais, précisément pour atteindre ce but, il faut se garder de lui déclarer qu'il n'est point réellement malade. Il vaut beaucoup mieux lui avouer que son état est très digne d'attention et de sollicitude, et qu'un traitement sérieux, peut-être un peu long, sera nécessaire pour obtenir le rétablissement de sa santé. Et l'on doit conclure en ajoutant que fort heureusement il n'existe pas de lésion organique véritable et que par conséquent la maladie est curable et nullement au-dessus des ressources de l'art.

Ce sont là des indications très générales. La conduite à tenir en face d'un neurasthénique et de son entourage varie naturellement suivant beaucoup de circonstances particulières; une grande part d'initiative est donc laissée à la prudence et au tact du médecin. On ne saurait croire combien les neurasthéniques apprécient cette attitude du praticien à leur égard, surtout lorsque jusque-là ils n'ont jamais rencontré, ce qui n'est pas très rare, que le scepticisme, l'indifférence ou la raillerie.

Il y a cependant un écueil à éviter. Cette attitude du médecin ne doit pas être faite seulement de sympathie et commisération. Il y faut aussi une certaine fermeté. Beaucoup de neurasthéniques déprimés ont besoin de trouver dans les conseils de leur médecin une direction morale dont il se sentent eux-mêmes incapables. Ce que Legrand du Saulle [1] a si bien dit du traitement moral de la folie du doute, est applicable au traitement d'un certain nombre d'états neurasthéniques. « Si le malade ne reçoit que des consolations banales, et s'il transige avec vous sur un ou

[1] Legrand du Saulle, *La Folie du doute avec délire du toucher*, Paris, 1875.

plusieurs points, il s'éloigne désappointé et ne revient jamais. Ce qu'il a tenu essentiellement à rencontrer chez le médecin, c'est une autorité qui commande à sa volonté et la subjugue, et non pas une affabilité raisonneuse qui discute ou capitule ».

Suggestion hypnotique. — Il est beaucoup question aujourd'hui de la suggestion hypnotique appliquée au traitement des maladies nerveuses et particulièrement des névroses. Je n'ai pas une grande expérience de cette méthode thérapeutique. Je l'ai tentée, mais sans aucun succès, dans plusieurs cas d'hysthéro-neurasthénie traumatique.

M. Bernheim[1] a obtenu, par la suggestion, l'amélioration et la disparition de symptômes neurasthéniques. Les observations XL, XLII, et XLIII de son ouvrage sont des exemples de neurasthénie, dans lesquels la suggestion a exercé une influence favorable sur la dépression cérébrale, la céphalée, l'insomnie, les préoccupations hypocondriaques. M. Bernheim parle même de guérison complète. Assurément le résultat immédiat n'est pas contestable ; c'est un fait bien observé et on doit l'accepter. Mais les observations de M. Bernheim ne nous renseignent pas sur les suites éloignées de la suggestion. Le symtôme amélioré ou guéri n'a-t-il plus reparu? L'état neurasthénique lui-même a-t-il été favorablement modifié? Quand on a suivi pendant longtemps un certain nombre de malades et constaté la ténacité habituelle de ce trouble intime du système nerveux dont procède la neurasthénie, il est difficile d'admettre qu'il suffise de quelques séances de suggestion hypnotique pour obtenir une guérison complète et définitive.

[1] Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Paris, 1888, 2e édition, p. 448.

Cette méthode thérapeutique paraît même peu acceptable dans le traitement de la neurasthénie. Certains troubles nerveux, observés chez les sujets soumis aux pratiques de l'hypnotisme, semblent prouver que la suggestion hypnotique n'est pas un moyen propre à relever la volonté et l'énergie morale du patient. Or, c'est là une des indications fondamentales du traitement. M. Ziemssen [1] a même fait une critique sévère de l'hypnotisme thérapeutique. On ne peut obtenir, dit-il, que l'amélioration momentanée de troubles fonctionnels légers, non une action réellement efficace sur la maladie nerveuse elle-même, et, dans beaucoup de cas, l'hypnotisation est vraiment nuisible. Si quelques symptômes isolés peuvent être supprimés, ils le sont au prix du développement d'un état cérébral pathologique, substitué à un autre état pathologique, car l'hypnose ne peut être envisagée comme un état normal.

Une seule suggestion peut être vraiment utile dans le traitement de la neurasthénie, et d'ailleurs n'est pas une véritable suggestion ; c'est celle qu'un médecin persévérant pratique, sans hypnotisme, sur le patient à l'état de veille. Par ses paroles, ses actes et son attitude, il s'efforce de faire pénétrer peu à peu dans le cerveau de son malade, l'idée qu'il n'est point atteint d'un mal incurable, mais d'une affection purement fonctionnelle et sans aucune lésion organique du système nerveux. Cette sorte de suggestion, qui n'est jamais dangereuse, est profitable aux neurasthéniques tourmentés par des préoccupations hypocondriaques ou par certains états d'anxiété. Nous avons vu que Perroud, bien avant qu'il fût question d'hypnotisme théra-

[1] Ziemssen, *Münch. med. Wochens.*, 1889, n° 31.

peutique, a traité avec succès l'agoraphobie par cette simple suggestion à l'état de veille.

II. TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE DE M. WEIR MITCHELL

Sans doute un traitement unique, systématique, ne saurait indifféremment convenir à toutes les formes de la neurasthénie. Il y a lieu, au contraire, d'individualiser le traitement suivant les indications que comporte chaque cas particulier. C'est là un précepte que sont unanimes à reconnaître et à mettre en pratique tous les médecins qui ont observé et traité un certain nombre de neurasthéniques.

Cependant il est un traitement réellement systématique et qui a donné déjà des preuves d'une très remarquable efficacité. Je veux parler du traitement proposé par M. Weir Mitchell dans certaines formes de l'hystérie et de la neurasthénie. Il me paraît indispensable de commencer par l'exposé de cette méthode thérapeutique. Elle a été l'origine des progrès accomplis dans le traitement de l'épuisement nerveux. Elle nous a fait mieux apprécier la supériorité des agents physiques sur les médicaments. Enfin elle s'adresse particulièrement aux formes graves et invétérées de la neurasthénie.

Je vais décrire aussi fidèlement que possible le traitement de M. Weir Mitchell. Ce traitement est le résultat d'une longue expérience. Aussi me paraît-il bien préférable de l'appliquer intégralement, que de chercher à y introduire des modifications, du moins quand il s'agit d'un cas réellement grave et invétéré. J'ai la conviction, fondée d'ailleurs sur une expérience personnelle, que c'est là le seul moyen de faire sortir certaines femmes neurasthéniques

de l'état [illegible] dans lequel elles vivent depuis des années, malgré les médicaments, l'hydrothérapie, les bains de mer, et tout l'arsenal de la thérapeutique des maladies nerveuses.

Cette méthode peut paraître fort étrange aux médecins habitués à la polypharmacie et convaincus que l'usage des médicaments est la base nécessaire de toute thérapeutique. Cependant, quiconque réfléchira sérieusement aux indications que comporte le traitement de l'épuisement nerveux, surtout quand il s'agit d'une forme grave et invétérée, reconnaîtra que la méthode de M. Weir Michell remplit très heureusement toutes ces indications. L'auteur américain a particulièrement en vue ces femmes neurasthéniques, que leurs souffrances prolongées et leur asthénie profonde condamnent à une inactivité perpétuelle, au lit ou à la chaise longue, dont les unes sont encore grasses, mais anémiques, dont les autres sont tout à la fois anémiques et maigres. A celles-ci, il faut refaire du sang et de la graisse, à celles-là surtout de sang. Remplir cette première indication, c'est commencer à remplir cette autre indication qui consiste à restaurer d'une façon durable les forces défaillantes du système nerveux. Il faut aussi relever l'énergie morale des patientes, car la déchéance de la volonté, signe commun de toutes les formes anciennes de la neurasthénie, est un obstacle au succès de tous les moyens de traitement.

Exposé de la méthode. — Les agents que met en œuvre M. Weir Mitchell ne nont pas nouveaux; ce qui est tout à fait original, c'est la combinaison systématique de ces agents thérapeutiques. Ce sont : l'isolement, le repos, le massage, l'électricité, une certaine diététique aboutissant à la suralimentation.

L'**isolement** est vraiment indispensable, et d'autant plus que la maladie est plus ancienne et plus grave, non pas l'isolement relatif, dans une chambre de l'appartement, mais l'isolement complet, durable, hors de la maison et de la famille. M. Weir Mitchell et M. Playfair ont particulièrement insisté sur l'absolue nécessité de l'isolement complet. L'expérience m'a montré la parfaite exactitude de leurs assertions. Quand il s'agit d'une forme grave de la neurasthénie, on ne réussit jamais en appliquant le traitement de M. Weir Mitchell à domicile.

Voici, d'ailleurs, en quels termes saisissants l'auteur américain démontre tout à la fois l'urgence et l'efficacité de l'isolement[1] : « Séparez la malade de l'entourage moral et matériel qui est devenu partie intégrante de sa vie de valétudinaire, et vous aurez amené un changement, non seulement excellent par lui-même, mais encore extrêmement avantageux au point de vue du succès du traitement que vous vous proposez d'appliquer. Faut-il dire que ce premier pas n'est pas essentiel quand la malade, anémique, affaiblie et amaigrie, est tombée dans cet état par des causes bien définies, telles qu'un surcroît de travail ou une dyspepsie prolongée; j'ai surtout en vue ce groupe considérable et si difficile à manier de femmes émotives, à sang trop clair, pour lesquelles un mauvais état de santé est une habitude ancienne, on pourrait presque dire chérie. Pour ces dernières, il n'est souvent point de succès possible que l'on ait arrêté ce drame quotidien qui se joue dans la chambre de la valétudinaire, et qu'on en ait fini avec cet égoïsme et ce besoin impérieux de sympathie et de tolérance. Insistons donc sans hésitation pour obtenir ce changement, car

[1] Weir Mitchell, *loc. cit.*, p. 39.

non seulement nous agissons dans le plus grand intérêt de la malade, mais encore dans l'intérêt de son entourage. Une jeune hystérique, comme le dit Wendell Holmes, dans son style si frappant, est un vampire qui suce le sang des personnes en bonne santé qui l'entourent. J'ajouterai que là où se trouve une jeune hystérique se trouveront probablement, tôt ou tard, deux femmes malades. »

Il faut donc soustraire la patiente au milieu dans lequel elle a longtemps vécu et souffert, la sortir de cette atmosphère de sympathie et de tendresse exagérée qui, loin d'y porter remède, entretient et aggrave tous les jours cette déchéance morale, si funeste au rétablissement des forces du système nerveux. Toutes relations seront interrompues avec la famille pendant un temps dont le médecin lui-même fixera la durée.

Dans une grande ville, on peut placer la malade dans un appartement spécialement disposé pour la recevoir et la traiter. Il est souvent préférable de la conduire dans un établissement, une maison de santé par exemple, où elle trouvera tout à la fois une direction médicale compétente et des garde-malades suffisamment intelligentes et exercées pour appliquer les différents moyens dont se compose le traitement. En France, nous possédons peu d'établissements de ce genre, et c'est là une réelle difficulté du traitement de la neurasthénie.

Une garde-malade est spécialement attachée au service de la patiente. Comme le fait judicieusement observer M. Playfair, toutes les femmes ne sont pas également propres à remplir ces fonctions. Il serait absurde de donner pour compagne à peu près unique, pendant des semaines et même pendant des mois, à une femme souvent intelligente et bien élevée, une autre femme absolument illettrée et

grossière. La garde-malade doit être douée d'un bon caractère, assez aimable et bienveillante pour ne pas exciter l'aversion et la haine de la patiente, assez ferme pour exercer sur elle un certain ascendant, assez intelligente pour l'aider à passer sans trop de peine, et même agréablement, les longues heures de sa captivité. Elle doit être capable de faire convenablement la lecture et de causer avec quelque à-propos. Ce sont là de minimes détails, assurément; pourtant ils ne paraîtront ni fastidieux, ni superflus à ceux qui ont été aux prises avec les difficultés que présente à chaque instant le traitement de la neurasthénie féminine. La garde-malade peut elle-même pratiquer le massage, si elle possède une force musculaire suffisante, ou bien on a recours à la main plus vigoureuse et plus exercée d'une masseuse ou d'un masseur de profession. Quant à l'électrisation, une garde-malade bien choisie saura toujours l'appliquer très convenablement, lorsque le médecin lui aura montré la façon de procéder.

Ainsi séparée du monde extérieur, la patiente reste en tête-à-tête avec sa garde, et ne reçoit pas d'autres visites que celles de son médecin. Le rôle de celui-ci consiste à diriger le traitement, à s'assurer que les prescriptions en sont exactement remplies, à faire naître la confiance dans l'esprit de la patiente, et à exercer par son attitude, par ses actes, par ses paroles, cette direction morale si nécessaire au relèvement de la volonté défaillante. Ce rôle est toujours délicat, quelquefois difficile; pour y réussir, trois qualités sont nécessaires, la fermeté, la patience et le tact.

Il s'en faut que l'isolement soit toujours bien toléré, du moins pendant les premiers jours. Plus d'une fois, l'isolement est immédiatement suivi d'une recrudescence de tous

les malaises et de tous les symptômes neurasthéniques, et la patiente, se laissant aller à une violente agitation, réclame la fin de son supplice et demande à rentrer dans sa famille. M. Playfair raconte l'histoire d'une de ses malades, neurasthénique invétérée, traitée par la méthode de M. Weir Mitchell, et qui, pendant les premiers jours de son isolement, eut de tels accès d'excitation, qu'elle mit en émoi tous les malades de l'établissement, dont le directeur fut sur le point de réclamer son éloignement. Cette sorte de révolte finit toujours par se calmer, et bientôt la patiente s'habitue à cette vie nouvelle, si profondément différente de celle qui lui était faite dans sa famille. Les divers incidents du traitement, le massage, la faradisation, les repas, la lecture, la conversation, les visites du médecin, remplissent suffisamment les heures de la journée. C'est même une discipline très salutaire pour l'esprit, que de régler systématiquement l'emploi du temps, surtout lorsqu'il est enfin permis à la malade de se lever et de se livrer elle-même à quelques occupations. Il semble que la réclusion et le changement si radical de toutes les habitudes doivent aggraver la plupart des symptômes neurasthéniques, l'insomnie par exemple, si commune dans beaucoup de formes de l'épuisement nerveux. Or il n'en est rien, et l'un des plus salutaires effets de l'isolement est de ramener la régularité du sommeil.

La durée de l'isolement ne saurait être fixée *a priori* d'une façon absolue ; elle varie naturellement dans chaque cas particulier. Le meilleur juge de cette question, c'est le médecin lui-même, qui a suivi d'un œil attentif les progrès de l'amélioration de l'état moral de la patiente. Le résultat qu'on demande à l'isolement, c'est de rompre définitivement avec les habitudes de tendresse et de sym-

pathie exagérées, de restaurer la volonté, de relever l'énergie morale et de rendre la patiente capable de supporter sans fléchir les difficultés et les soucis de la vie commune. Lorsque ce résultat est obtenu, l'isolement peut être cessé, non seulement sans inconvénients, mais avec de réels avantages. En général, la séquestration dure deux à trois mois. Dans un cas que j'ai récemment traité, l'isolement a été prolongé pendant cinq mois. Ce n'est que vers le quatrième mois, que parut une amélioration évidente des symptômes neurasthéniques, en particulier de l'impotence motrice des membres inférieurs.

M. Weir Mitchell est d'avis qu'il vaut mieux pratiquer l'isolement pendant l'hiver que pendant l'été. En hiver, la réclusion est moins pénible qu'en été, et, dit-il, il est plus facile d'engraisser les malades. Cependant, l'isolement est tolérable, même pendant l'été, surtout si la maison de santé se trouve à la campagne.

Le **repos** est le deuxième élément du traitement de M. Weir Mitchell. Nous supposons toujours un cas de neurasthénie grave, invétérée, intéressant également les centres cérébraux et les centres médullaires; la patiente est tout à la fois cérébrasthénique et myélasthénique. Dans un cas de ce genre, le repos est encore indispensable, comme l'isolement. C'est d'un repos complet, absolu, qu'il s'agit, au moins pendant les premières semaines du traitement. La patiente est couchée, au lit, dans le décubitus horizontal, condamnée à l'inactivité totale, au calme et même à un silence relatif. C'est tout à la fois le repos du corps et de l'esprit. Dans les cas de neurasthénie intense, il n'est même pas permis à la malade de se servir de ses mains pour manger, ni de se lever pour satisfaire à ses besoins naturels. Sur ce point, elle doit être traitée

comme un malade atteint d'une fièvre grave, adynamique. M. Weir Mitchell a remarqué que, du moins au début du traitement, les repas sont mieux tolérés et peuvent être plus copieux, lorsque les aliments sont donnés par la garde elle-même, lentement, morceau par morceau. J'avoue que je n'ai pas poussé jusque-là la prescription du repos. J'ai toujours permis à mes malades de manger seules et de se lever pour leurs besoins naturels, du moins quand elles étaient capables de le faire.

Comme l'isolement, cette immobilité est assez péniblement supportée pendant les premiers jours, puis la malade ne tarde pas à s'y habituer et à en ressentir l'influence salutaire. Cette influence s'exerce tout à la fois sur le cerveau et sur la moelle épinière. La cessation aussi complète que possible de toute activité dans les centres intellectuels, sensitifs et moteurs, est évidemment une condition favorable, et d'ailleurs nécessaire, à la nutrition et à la réparation des éléments nerveux, épuisés par la longue habitude d'un fonctionnement déréglé. Ajoutons encore que cette restauration de la force nerveuse sera bientôt accélérée par un autre élément du traitement, une certaine diététique aboutissant promptement à une véritable suralimentation. De là le retour du sommeil, la diminution de l'excitabilité des sens, l'apaisement des sensations douloureuses et des états d'anxiété, la disparition des troubles si communs de la circulation, et le relèvement de la force motrice, lorsque plus tard viendra le moment de se lever et de marcher.

Tels sont les avantages du repos. Mais il a des inconvénients. Il tend à diminuer l'appétit, à ralentir les fonctions de l'estomac déjà languissantes, à augmenter encore la constipation, et, en laissant les muscles inactifs, à en

troubler la nutrition et la circulation. C'est ici qu'interviennent les autres agents du traitement, le massage, la faradisation des masses musculaires et les mouvements passifs, communiqués à toutes les articulations. L'ingénieuse combinaison du repos au lit et de ces agents physiques réalise précisément ce desideratum du traitement des formes graves de la neurasthénie: laisser les centres nerveux dans une inactivité complète, et cependant ne pas interrompre le fonctionnement des organes de la vie de relation, muscles et articulations, en d'autres termes faire de l'exercice musculaire et conserver l'influence favorable de cet exercice sur les fonctions digestives et sur la circulation, avec la moindre participation possible des centres nerveux encéphaliques et médullaires. Par là sont écartés les inconvénients du repos et de l'immobilité; la circulation et les fonctions digestives, loin de subir une déchéance fâcheuse, peuvent, au contraire, reprendre une nouvelle activité.

Le repos est dosé suivant les indications propres à chaque cas particulier. Dans la forme grave et invétérée que nous avons supposée, l'immobilité est complète et absolue pendant les premiers jours. Après cette première période, il est permis à la malade de s'asseoir sur son lit pendant une, deux ou trois heures chaque jour. Au commencement du deuxième mois, elle se lève et reste assise une ou deux heures, soit dans la matinée, soit dans l'après-midi, par exemple au moment des repas. Dans la seconde quinzaine de ce deuxième mois, la station verticale est tolérée pendant six, huit ou dix heures. C'est à ce moment que commencent les tentatives de marche, précédées de séances de mouvements communiqués aux grandes articulations, et réglées de façon à augmenter progressi-

vement la durée de l'exercice musculaire. Dans le cours du troisième mois, la convalescente reprend peu à peu, si le cas est favorable, toute l'activité d'une femme bien portante. Elle reste au lit huit heures environ, debout toute la journée, et peut être désormais rendue à la vie commune. Mais il n'y a pas de règles absolues. J'ai cité tout à l'heure l'exemple d'une malade qui fut isolée pendant cinq mois et garda le repos pendant près de quatre mois. Il est même important de ne pas permettre à la malade, souvent trop impatiente, de se lever ni de marcher trop tôt, sous peine de voir reparaître l'asthénie et de provoquer une véritable rechute.

Faire lever la malade, diriger ses premiers pas, la conduire peu à peu jusqu'à récupérer l'activité physique d'une femme bien portante, c'est là vraiment le point délicat et décisif du traitement. C'est à ce moment là que le médecin a tout à fait besoin de posséder l'entière confiance de la malade et d'exercer sur elle une autorité morale depuis longtemps bien établie.

Le **massage** est avant tout un moyen de parer aux inconvénients du repos. Il imprime aux muscles une sorte de fonctionnement passif, sans intervention du système nerveux, et qui prévient les fâcheux effets de l'inactivité musculaire. Il agit également sur la peau dont il ranime la circulation et les sécrétions.

Dans les observations de M. Weir Mitchell, cette influence favorable du massage sur le fonctionnement et la nutrition des muscles est démontrée par une légère élévation de la température centrale, une accélération sensible des battements du cœur et même un léger accroissement de l'excrétion de l'urée, phénomènes plusieurs fois constatés à la suite d'une séance de massage.

Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à une masseuse de profession; avec quelque intelligence et une force physique suffisante, une garde-malade peut très convenablement pratiquer cette opération.

Le massage comprend divers temps : le pincement et la friction de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, la malaxation, puis la percussion des masses musculaires, la mobilisation des articulations. — Pour pratiquer le pincement, on saisit la peau entre le pouce et les autres doigts de la main, et on la fait glisser sur le tissu cellulaire sous-jacent. L'opération, facile dans les régions où le tissu cellulaire est lâche et la peau mobile, exige plus d'attention dans les points où le tégument est plus adhérent aux aponévroses. Le pincement est d'abord modéré, de courte durée, puis, progressivement, on peut, sans causer de véritables douleurs, en augmenter la force et la durée. — Les frictions sont exercées avec le plat ou le bord cubital de la main, généralement de l'extrémité vers la racine des membres, de façon à favoriser le cours du sang des capillaires vers les troncs veineux. — Pour malaxer les masses musculaires, il convient de les placer d'abord dans le plus grand état de relâchement possible; ainsi les muscles du mollet sont relâchés au maximum par la flexion de la jambe sur la cuisse. L'opérateur saisit la masse musculaire qu'il s'agit de malaxer alternativement avec l'une et l'autre main, en se servant plutôt du talon que du bout du pouce; il serre, presse les différents points d'un même muscle à plusieurs reprises, procédant d'abord avec douceur puis avec une énergie croissante. — La percussion des muscles s'exerce avec le bord cubital de la main; on frappe une série de petits coups vifs, brefs, sur le corps charnu des muscles, et il arrive assez souvent que cette

percussion, bien faite, provoque la contraction des fibres musculaires. — Les articulations, petites et grandes, sont mobilisées, en divers sens, en imprimant des mouvements variés et aussi étendus que possible aux différents segments des membres, des doigts et des orteils. Vers la fin du traitement, lorsque bientôt la malade devra se lever et marcher, M. Weir Mitchell conseille d'imprimer de grands mouvements aux jointures des membres inférieurs, suivant la méthode suédoise, c'est-à-dire pendant que la malade elle-même s'efforce de résister à ces tentatives de mobilisations des articulations.

Ces diverses manœuvres sont exécutées successivement sur le pied, la jambe, la cuisse, la main, l'avant-bras, le bras, puis sur les régions du tronc ; il n'y a lieu de respecter que les muscles de la face et du cou. M. Weir Mitchell insiste particulièrement sur le massage des gouttières vertébrales et de l'abdomen. Le massage du dos est, en effet, plus difficile, en raison de la forme et de la situation des muscles. Quant au massage de l'abdomen, il ne doit pas être négligé, surtout dans les cas très communs où l'atonie gastro-intestinale accompagne les autres symptômes neurasthéniques. Ce massage abdominal intéresse, non seulement la paroi abdominale, mais aussi la masse intestinale elle-même. La paroi abdominale, le plus souvent très amaigrie, permet assez facilement d'atteindre les organes sous-jacents par le pincement et la malaxation. Il importe d'agir sur le gros intestin. Des pressions et des frictions, d'abord modérées, puis de plus en plus énergiques, sont exercées sur le trajet du cæcum et du côlon, en procédant suivant la direction des mouvements péristaltiques ; c'est là un excellent moyen de combattre la constipation, et de beaucoup préférable à l'emploi des purgatifs.

Pour faciliter ces diverses opérations du massage, il est bon d'oindre la peau, soit avec de la vaseline, soit avec de l'huile d'amandes douces aromatisée avec quelques gouttes d'une essence. Chez l'homme il est souvent nécessaire de raser les poils. Chaque segment de membre qui vient d'être massé est enveloppé de flanelle, pendant que les diverses manœuvres sont continuées sur les régions voisines.

Il faut une heure au moins pour masser convenablement tous les groupes musculaires. Au début du traitement, les séances sont courtes ; elles durent vingt à trente minutes, puis la durée en est progressivement augmentée. Pendant les premiers jours, toutes les manœuvres sont pratiquées avec une certaine douceur, puis peu à peu l'énergie en est augmentée, si bien que, sans provoquer de la douleur, un masseur habile peut déployer une grande force musculaire.

Sous l'influence du massage, la peau rougit, la circulation capillaire y devient plus active, et les troncs veineux sous-cutanés, auparavant affaissés, se remplissent de sang et deviennent très appréciables sous la peau. Ce résultat est obtenu après quelques semaines de massage régulier et méthodique. Bien appliquées, toutes les opérations dont se compose une séance ne doivent produire ni douleur ni trace d'ecchymoses sous-cutanées. Au début, les malades supportent le massage avec quelque peine, parfois même l'excitation augmente après une séance un peu prolongée ; mais bientôt l'accoutumance s'établit, et chaque séance est suivie d'une sensation de fatigue agréable, comparable à celle qu'éprouve un homme bien portant après une promenade de quelque durée. Beaucoup de femmes neurasthéniques ont des douleurs un peu partout, surtout dans l'abdomen ; au début du traitement, elles redoutent

fort le massage de ces régions douloureuses. Or il est remarquable que, au bout de quelques jours, du moins si la masseuse procède avec un peu d'habileté, le massage est toléré, même dans ces régions où le simple attouchement provoquait de vives douleurs.

Le massage est pratiqué pendant six semaines au moins. Il est interrompu au moment des règles. Au début, on ne masse que pendant une demi-heure par jour ; un peu plus tard, la séance dure une heure, et généralement il n'y a pas lieu de la prolonger davantage. Vers la fin du traitement, on revient aux séances d'une demi-heure, et bientôt le massage n'a plus lieu que tous les deux jours. On le cesse entièrement lorsque la malade reste debout toute la journée et va bientôt reprendre la vie commune.

L'**électricité** remplit à peu près les mêmes indications que le massage. M. Weir Mitchell se sert de courants interrompus et recommande les intermittences lentes, lesquelles sont, en effet, mieux supportées que les intermittences rapides. Le courant est appliqué successivement sur toutes les masses musculaires, de façon à y provoquer des contractions répétées. A toutes les électrodes, M. Weir Mitchell préfère les éponges humides. Elles conduisent mieux le courant, et l'application en est moins douloureuse. Le courant peut être appliqué directement sur les muscles, mais il vaut mieux placer une électrode sur le corps charnu du muscle, et l'autre sur le point excitable du nerf qui s'y distribue. Chaque séance de faradisation dure une demi-heure à une heure, avec de nombreuses interruptions. La séance de massage ayant lieu dans la matinée, celle de faradisation est pratiquée dans l'après-midi.

A cette faradisation du système musculaire, M. Weir

Mitchell ajoute encore la faradisation générale, suivant la méthode de Beard et de Rockvell que je décrirai plus loin.

Les effets des courants induits sont à peu près les mêmes que ceux du massage ; ils sont généralement plus prononcés. Cependant M. Weir Mitchell préfère le massage et, s'il doit renoncer à l'un de ces deux agents, il renonce plutôt à l'électricité. Les courants induits activent la nutrition des tissus qu'ils traversent. En provoquant la contraction énergique de tous les muscles, ils favorisent la circulation, car chaque muscle, en se contractant, chasse le sang qu'il contient vers les troncs veineux, à la manière d'une sorte de cœur périphérique. C'est là un résultat évidemment très favorable, dans une maladie où les stases veineuses se produisent si facilement aux extrémités de l'appareil circulatoire.

C'est assurément un difficile problème que celui de la **suralimentation** et même de l'alimentation d'une femme nerveuse, épuisée par la longue durée de ses souffrances, et chez laquelle les symptômes neurasthéniques s'accompagnent fort souvent d'atonie gastro-intestinale ancienne. Les difficultés augmentent encore si l'on condamne la malade au repos absolu, dans le décubitus horizontal, en lui interdissant tout mouvement actif des bras et des jambes. M. Weir Mitchell a résolu le problème, précisément par la judicieuse combinaison des moyens qui composent son traitement. Le massage et la faradisation agissent indirectement sur les fonctions digestives qu'ils stimulent, comme le ferait l'exercice musculaire volontaire. En effet, après quelques jours de massage et de faradisation, l'état des fonctions digestives s'améliore, les aliments sont mieux tolérés, et, dans beaucoup de cas, mais non dans tous

cependant, on peut en augmenter progressivement la quantité, au point d'arriver en huit, dix ou quinze jours, à une véritable suralimentation.

Cette question de diététique a une grande importance; aussi je vais reproduire aussi fidèlement que possible les préceptes qu'a formulés M. Weir Mitchell. Il est bon de débuter par le régime lacté, à peu près dans tous les cas, même chez les neurasthéniques anémiques et maigres. Cependant le régime lacté exclusif, comme régime initial, est plus particulièrement indiqué chez les femmes douées d'embonpoint. Le plus souvent cette surchage graisseuse n'est pas de bonne nature, et ces femmes sont en même temps obèses et anémiques. D'après M. Weir Mitchell cet état est fort difficile à traiter, et le traitement donne des résultats moins rapides et moins sûrs que chez les neurasthéniques amaigries. La femme obèse et anémique prend chaque jour, en plusieurs fois, deux litres de lait écrémé. Elle est pesée tous les jours, et la dose quotienne de lait est progressivement restreinte, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une perte sensible de poids. En procédant ainsi, M. Weir Mitchell parvint à obtenir une perte de 23 livres en trois semaines, chez une femme qui pesait 163 livres. C'est alors que le régime alimentaire fut modifié. La patiente reprit son poids initial, mais elle eut un embonpoint de bonne nature et refit en même temps de la graisse et du sang. Dans les cas où les symptômes dyspeptiques sont très prononcés, cette diète lactée aurait, en outre, l'avantage de les dissiper assez promptement, et de préparer ainsi l'estomac à recevoir et à digérer une nourriture plus copieuse et plus réparatrice. Je dois faire observer cependant qu'il n'est pas toujours aussi facile de triompher de l'atonie gastro-intestinale; plusieurs fois il m'a été impossible

d'arriver à la suralimentation, même en suivant rigoureusement les règles posées par M. Weir Mitchell.

Après six à huit jours de diète lactée, la patiente fait un léger déjeuner. Deux jours plus tard, elle mange une côtelette à midi ; deux ou trois jours ensuite, on lui donne deux ou trois fois par jour du pain et du beurre. En augmentant ainsi progressivement la ration alimentaire, la patiente arrive, au bout de dix jours environ, à faire trois repas complets par jour, et elle continue en outre à prendre un ou deux litres de lait, soit aux repas, soit dans l'intervalle des repas. Aux aliments habituels il est bon de joindre, et de faire prendre aux repas, deux onces d'extrait de malt liquide. M. Mitchell recommande l'extrait de J. Hoff. On arriverait plus facilement à faire tolérer de grandes quantités d'aliments, en les faisant donner par la garde, qu'en permettant à la malade de se nourrir elle-même. Il est important que le beurre entre pour une large part dans l'alimentation. M. Mitchell recommande encore une préparation culinaire qu'il nomme soupe de bœuf. C'est une sorte d'infusion de viande de bœuf, préparée au bain-marie, à la température de 110° F. et additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. L'infusion est filtrée, et c'est ce liquide filtré que la patiente boit en deux ou trois fois dans la journée. En hiver, M. Mitchell donne de l'huile de foie de morue, une ou deux onces après chaque repas. Si l'estomac tolère mal cette huile, on la fait prendre en lavement, associée à une infusion de pancréas préparée à une douce température. Ce lavement alimentaire irrite quelquefois l'intestin, mais souvent aussi il exerce une simple action laxative, très utile chez des malades habituellement très constipées. Les boissons alcooliques ne sont pas proscrites ; il convient cependant

d'en user avec modération. On donne une once de whisky par jour ou deux ou trois verres de champagne sec. L'usage modéré de l'alcool favoriserait l'engraissement.

Cette suralimentation expose bien à quelques inconvénients. Il faut surveiller l'urine. Il peut arriver qu'elle dépose d'abondants sédiments d'urates. C'est un indice que la suralimentation a été poussée trop loin. Il convient alors de diminuer la quantité des aliments azotés, jusqu'à ce que l'urine devienne de nouveau parfaitement claire. Les retours offensifs de la dyspepsie ne sont pas très rares. On y remédie en diminuant encore la quantité des ingesta, ou même en revenant pendant deux ou trois jours à la diète lactée.

Les médicaments tiennent peu de place dans cette méthode thérapeutique. Cependant M. Weir Mitchell ne les rejette pas absolument. Pour combattre la constipation, il conseille, dès le début du traitement, le café noir le matin à jeun, et, le soir, vers dix heures, une pilule de cinq à dix centigrammes d'extrait aqueux d'aloès, ou encore une pilule dans laquelle l'aloès est associé au fiel de bœuf desséché. L'extrait liquide de malt est destiné à favoriser la digestion et à suppléer à l'insuffisance du suc gastrique. Pour combattre l'anémie, quand elle existe, M. Mitchell conseille le fer, et particulièrement le sous-carbonate de fer à doses assez élevées. L'usage du fer est commencé vers le milieu et continué plus ou moins longtemps après la fin du traitement. Enfin, au moment où la malade va marcher, on lui donne quelques petites doses de sulfate de strychnine.

Beaucoup de femmes neurasthéniques ont contracté depuis longtemps, au moment où elles sont soumises au traitement, l'habitude funeste d'abuser du chloral, de la

morphine, des bromures, de la cocaïne. Il va sans dire qu'il faut arriver promptement à la suppression complète et définitive de tous ces médicaments. L'isolement et la diète lactée permettent d'arriver à ce résultat facilement et dès les premiers jours.

Indications. Résultats. Appréciations — Telle est la méthode thérapeutique de M. Weir Mittchell. Évidemment elle n'est pas applicable à tous les cas d'épuisement nerveux, ou plutôt toutes les formes de la neurasthénie, même chez la femme, n'ont pas besoin d'être aussi rigoureusement traitées. Cette méthode est indiquée dans les formes graves et invétérées, toutes les fois que la volonté et l'énergie morale ont subi une profonde atteinte.

Avant de décider l'application de la méthode de M. Weir Mitchell, il y a lieu de faire un examen complet, et cet examen doit porter particulièrement sur l'utérus et les annexes. S'il n'y a aucune lésion utérine ou périutérine, on peut appliquer ce traitement sans hésitation et avec beaucoup de chances de succès. L'existence bien constatée d'une lésion de ce genre est-elle une contre-indication? M. Playfair incline à se prononcer dans ce sens. Il est vrai que, dans ces conditions, le succès est moins sûr. Cependant je ne crois pas que la contre-indication soit absolue, surtout s'il s'agit d'une lésion qui depuis longtemps a dépassé la période d'acuité. Une de mes malades avait été, plusieurs années auparavant, opérée avec succès d'une fistule vésico-vaginale, mais l'utérus était entouré de brides cicatricielles qui le maintenaient dans une position vicieuse. Elle dut néanmoins au traitement de M. Weir Mitchell une guérison complète. Seules, les lésions aiguës ou subaiguës, utérines ou périutérines, doivent être envisagées comme de réelles contre-indications. Dans les autres

cas, on peut bien tenter l'épreuve du traitement systématique de M. Weir Mitchell, en faisant, il est vrai, les réserves nécessaires sur le résultat de ce traitement.

Lorsque, dans une famille, on propose une pareille méthode thérapeutique, on est à peu près certain de rencontrer une très vive opposition, soit de la part de l'entourage, soit de la part de la malade elle-même. C'est surtout l'isolement qu'il est difficile de faire accepter. Cette séparation brutale choque nos mœurs actuelles; elle soulève les protestations très vives d'un mari, d'une sœur, d'une mère. Comment éloigner de sa famille cette pauvre femme, malade depuis si longtemps, et qui a tant besoin des soins assidus, de la sollicitude, de la tendresse de tous les siens? Le médecin ne doit pas désarmer aux premières objections qui lui sont faites, et il est fort rare que, du moins dans un milieu intelligent, il ne réussise pas à faire accepter la nécessité de l'isolement. Pour mon compte, j'ai réussi dans plus de la moitié des cas. Du reste, il en est de ces femmes neurasthéniques comme des jeunes filles hystériques pour lesquelles M. Charcot réclame, lui aussi, l'isolement ou plutôt l'éloignement de la famille. La séparation peut être déchirante, mais l'orage est vite calmé, et, au bout de quelques jours, la jeune femme neurasthénique, éloignée de tous les siens, s'habitue très bien à son milieu nouveau. Ce qu'il importe surtout d'obtenir, c'est le consentement entier, absolu, sans restriction, de la malade elle-même. Il faut que celle-ci abdique tout ce qui lui reste de volonté entre les mains de son médecin, et qu'elle accepte tout à fait son autorité morale. J'ai toujours différé l'isolement jusqu'à ce que j'aie obtenu ce plein consentement de la malade, qui me paraît indispensable à la bonne direction et au succès du traitement.

Dans le dernier chapitre de son ouvrage, M. Weir Mitchell résume les résultats obtenus à l'aide de son traitement systématique, et il cite un certain nombre d'observations. Assez souvent la malade rentre dans sa famille réellement transformée au physique et au moral. Elle a engraissé, elle a bonne mine et elle a définitivement rompu avec toutes les habitudes de sa vie de valétudinaire. C'est une femme bien portante. Un certain degré d'embonpoint est un signe favorable et l'indice d'une guérison solide. Cependant un résultat satisfaisant peut être obtenu même sans engraissement. Quelques malades ont augmenté de poids, mais, chez elles, le trouble du système nerveux était si profond, qu'elles ont des rechutes à la moindre occasion. Les préoccupations hypocondriaques paraissent être une condition fâcheuse; elles peuvent compromettre le succès ou le rendre moins durable. Certaines malades sont guéries, mais n'ont pas engraissé, chez lesquelles l'embonpoint a commencé quelques semaines après la fin du traitement, alors qu'elles avaient repris la vie commune. Il y a aussi des exemples de simples améliorations qui ne vont pas jusqu'à la guérison complète. Dans ces cas, un second traitement peut donner un meilleur résultat. Enfin, même après une guérison complète, la rechute est possible, surtout si l'état neurasthénique était invétéré, et si, rentrée dans sa famille, la patiente y retrouve cette même atmosphère morale fâcheuse qui n'avait pas peu contribué à entretenir et à aggraver l'épuisement de son système nerveux.

J'ai soumis cinq malades au traitement systématique de M. Weir Mitchell. — Deux d'entre eux n'ont pas été complètement isolés et n'ont obtenu qu'une amélioration. Chez l'un cependant, jeune homme de trente ans, neuras-

thénique depuis l'adolescence, l'amélioration a progressé sous l'influence du repos, de l'hydrothérapie et d'un séjour à la montagne, si bien qu'il est aujourd'hui à peu près débarrassé des symptômes neurasthéniques qui troublaient son existence. — Deux autres malades, deux femmes, ont subi l'isolement complet, l'une pendant trois mois, l'autre pendant cinq mois entiers. La première obtint une guérison presque complète et qui dura huit mois, après lesquels, probablement à la suite de fatigues physiques exagérées, survint une rechute qui dure encore. Chez la seconde malade, la guérison est complète et se maintient depuis plus d'un an; cette femme qui était atteinte d'impotence motrice très prononcée des membres inférieurs, peut aujourd'hui marcher, et elle a repris la direction active de sa maison. — Ma cinquième malade est encore en traitement; elle est séparée de sa famille depuis deux mois. Quand je fus appelé auprès d'elle, elle était au lit depuis un an, incapable de se lever et de marcher; on la portait de son lit dans un fauteuil. Elle était extrêmement amaigrie, bien qu'elle éprouvât à tout moment le besoin de manger. Elle consentit tout de suite à la séparation et fut isolée dès le lendemain. Aujourd'hui, elle a gagné trois kilogrammes, elle ne mange plus que trois fois par jour, elle se lève six heures, et, sans appui, elle fait une marche de cinquante mètres. Il est probable que cette jeune femme obtiendra, sinon une guérison complète, au moins une très réelle amélioration.

C'est surtout en Angleterre et en Allemagne que la méthode de M. Weir Mitchell a été appliquée au traitement de certaines maladies nerveuses chroniques; elle a été beaucoup moins expérimentée en France. Cependant il y a longtemps que, chez nous, M. Charcot enseigne que l'iso-

lement, la séparation de la famille, est un élément indispensable du traitement dans les formes juvéniles de l'hystérie et particulièrement dans les cas d'anorexie hystérique.

En Angleterre, M. Playfair a beaucoup contribué à faire connaître et à répandre le traitement de M. Weir Mitchell. Il a réuni la plupart de ses publications sur ce sujet dans un petit livre [1], qui contient une très bonne description de la méthode et plusieurs observations, dont quelques-unes sont des exemples de guérisons très remarquables, obtenues chez des femmes malades depuis de longues années et traitées sans succès par un grand nombre de médecins. M. Playfair insiste beaucoup sur la nécessité de l'isolement. Il a suivi les indications de M. Weir Mitchell. Il n'a soumis au traitement que ces femmes nerveuses, anémiques, condamnées à l'inactivité complète, et dont l'auteur américain a fait une si saisissante peinture.

En Allemagne, beaucoup d'observateurs se sont occupés du traitement américain de la neurasthénie et de l'hystérie, parmi lesquels MM. Binswanger, Leyden, Burkart, Brosius, Ewald, Holst, Schreiber. Leurs conclusions sont généralement très favorables. Ils ont cherché surtout à établir les indications et les contre-indications de la méthode et à apprécier la valeur relative des différents éléments dont elle se compose. — D'après M. Schreiber [2], la variabilité des résultats obtenus est due à la diversité des causes de la neurasthénie. L'isolement ne conviendrait pas à la neurasthénie provoquée par les passions dépressives et dans laquelle dominent l'anorexie et l'insomnie. Cette

1 Playfair, *The systematic treatment of nerve prostrastion and hysteria*, London, 1883.

2 Schreiber, *Berliner klin. Wochens.*, 1888, n° 52 et 53.

proposition me paraît contestable, car une de mes malades. aujourd'hui guérie, présentait précisément cette forme de l'épuisement nerveux.

M. Burkart[1] a souvent appliqué la méthode de M. Weir Mitchell. Dans sa dernière publication, il donne les résultats obtenus chez vingt et un nouveaux malades, dont quatre hommes et dix-sept femmes. Il y a eu douze succès, ce qui constitue déjà un résultat très favorable, d'autant plus qu'il s'agissait de cas invétérés et traités vainement par les médications les plus diverses. D'après M. Burkart, deux conditions sont nécessaires au succès ; le malade doit avoir encore un fond d'énergie morale et posséder une certaine intelligence du but poursuivi. La seconde condition peut être nécessaire, mais la première me paraît l'être beaucoup moins. Il était difficile d'imaginer une femme plus dépourvue de toute énergie morale que celle chez laquelle j'ai obtenu la plus complète guérison. M. Burkart pense avec M. Leyden que la séparation, la séquestration hors de la famille, est difficile et fâcheuse pour beaucoup de femmes qui présentent des symptômes d'excitation. Il est vrai que cette excitation fait rarement défaut dans les premiers jours du traitement ; mais, comme je l'ai vu moi-même et comme le fait observer M. Playfair, elle finit toujours par se calmer. M. Burkart conclut que le traitement de M. Weir Mitchell ne convient pas aux cérébrasthéniques, aux malades dont le cerveau est excité, à ceux encore qui souffrent de névralgies viscérales et de douleurs névralgiques dans les membres. Dans quatre cas de neurasthénie génitale chez l'homme, les résultats n'ont pas été favorables. Au contraire, la méthode réussirait fort bien

[1] Burkart, *Berliner klin. Wochens.*, 1889, n° 16.

dans les cas où un amaigrissement et une perte des forces très prononcés sont causés par la dyspepsie nerveuse.

M. Burkart paraît avoir expérimenté le traitement de M. Weir Mitchell à peu près dans toutes les formes de la neurasthénie. En quelques années, il a traité de la sorte vingt et un malades, parmi lesquels il y a quatre hommes. Or, ce traitement complet, réellement systématique, ne convient guère qu'à certains cas de neurasthénie féminine. Depuis plusieurs années, je vois beaucoup de neurasthéniques ; je n'ai proposé ce traitement que dans sept cas, et je n'en ai guère rencontré qu'une seule fois l'indication chez l'homme. Il faut, je crois, s'en tenir aux indications posées par M. Weir Mitchell et M. Playfair, c'est-à-dire réserver le traitement complet et systématique pour ce groupe de femmes nerveuses dont ils ont l'un et l'autre si bien retracé la physionomie, qu'il est maintenant facile de les reconnaître dans la grande famille des neurasthéniques.

III. DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES
AGENTS PHYSIQUES

Ainsi, la méthode systématique de M. Weir Mitchell doit être envisagée comme une méthode d'exception. Mais les différents éléments dont elle se compose peuvent intervenir, isolés ou diversement combinés, dans le traitement de beaucoup d'états neurasthéniques. L'isolement, la séparation de la famille, le séjour dans un établissement spécial, le repos, le massage, l'électricité, une certaine alimentation, sont des agents thérapeutiques de grande valeur et dont on rencontre souvent l'indication dans les diverses formes de l'épuisement nerveux.

Isolement. Séparation de la famille. Séjour dans un établissement spécial. — Il est clair qu'il ne s'agit pas d'isoler le neurasthénique comme on isole un aliéné dangereux, mais bien de le séparer de sa famille, du milieu dans lequel il a vécu et longtemps souffert. En général, cette séparation n'a pas de grands inconvénients, même dans les cas où elle n'est pas rigoureusement indispensable. Mais il est certain qu'on éprouve souvent de grandes difficultés à la faire accepter. Il convient donc de ne la proposer que lorsqu'elle paraît tout à fait nécessaire.

Il est toute une catégorie de neurasthéniques qu'on peut traiter, guérir ou améliorer, à domicile, en les laissant dans leur famille; tels sont ceux qui sont tombés dans l'épuisement nerveux à la suite de travaux intellectuels exagérés, de vives préoccupations d'affaires, de fatigues physiques excessives et prolongées. Pour ceux-là un simple déplacement à la montagne ou à la campagne peut suffire, sans qu'il soit nécessaire d'interrompre toute relation avec la famille.

Les symptômes qui nécessitent l'isolement, ou tout au moins le séjour dans un établissement spécial, sont : la dépression morale profonde, la plupart des états anxieux, l'anxiété habituelle, les troubles digestifs graves, symptômes auxquels il convient encore d'ajouter la dipsomanie, la morphinomanie et toutes les intoxications chroniques de ce genre, auxquelles sont si fort exposés la plupart des neurasthéniques. Il est à remarquer que presque tous ces symptômes s'accompagnent, ou plutôt procèdent, à des degrés divers, de cet état de déchéance morale qui est la note la plus caractéristique de toutes les formes graves et invétérées de la neurasthénie. Or cet amoindrissement de la personnalité morale réclame impérieusement la séparation.

Voilà pourquoi l'isolement est un élément indispensable du traitement des formes sévères de la neurasthénie féminine. D'ailleurs le médecin doit étudier, en pareil cas, non seulement la malade elle-même, mais aussi son entourage, et prescrire la séparation toutes les fois qu'il constate, du côté de la malade une perversion marquée de la volonté et du caractère, du côté de l'entourage un courant constant de sympathie et de tendresse exagérées.

D'autres conditions encore rendent désirable la séparation. Ainsi, il ne faut pas laisser deux femmes neurasthéniques vivre ensemble, dans la même famille. Elles réagissent l'une sur l'autre d'une façon fâcheuse. Il faut aussi prescrire l'éloignement, si le neurasthénique trouve sans cesse autour de lui des conditions propres à le maintenir dans un état constant de dépression ou d'excitation. Récemment, j'ai conseillé une séparation de plusieurs mois pour une neurasthénique, dont le mari, homme rustique et de peu de délicatesse de sentiments, traite tout haut de pures chimères les malaises et les souffrances de sa femme, malade depuis plus de dix ans.

Je crois indiqué l'éloignement momentané dans quelques cas de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Le séjour dans un établissement spécial est utile, soit parce que ces troubles digestifs s'accompagnent fort souvent de dépression cérébrale, soit parce qu'ils nécessitent un traitement particulier et méthodique dont la direction est plus facile hors de la maison.

En France, il y a malheureusement bien peu d'établissements spécialement organisés pour le traitement des maladies nerveuses. Nous n'avons guère que des établissements d'hydrothérapie qui ne sont ouverts que pendant une partie de l'année. C'est une lacune regrettable.

Repos et activité physiques. — Le repos ne convient pas et peut même devenir nuisible aux neurasthéniques qui souffrent seulement de symptômes cérébraux, qui sont atteints de cérébrasthénie, non de myélasthénie. Ici, l'épuisement porte sur les centres encéphaliques ; les centres médullaires sont indemnes et très capables d'activité. Il n'est donc pas nécessaire de condamner le patient à l'immobilité absolue au lit pendant plusieurs semaines. Il suffit de régler convenablement, de doser son activité. Je ferai cependant une exception pour un symptôme cérébral, le vertige. Lorsque le vertige neurasthénique est intense et fréquent, et surtout s'il s'accompagne d'état anxieux, il est préférable de conseiller le repos à peu près complet. J'ai vu le vertige s'aggraver sous l'influence de l'activité, diminuer au contraire sous l'influence du repos. Il est moins nécessaire de limiter l'activité physique, si le vertige survient seulement dans certaines conditions très spéciales, par exemple à l'occasion d'un travail intellectuel un peu prolongé.

M. Weir Mitchell a établi de judicieuses distinctions parmi ces femmes plus ou moins neurasthéniques, qui ne marchent pas sans éprouver une extrême fatigue et arrivent tôt ou tard à l'inactivité physique complète. Les unes sont de vraies myélasthéniques et ont besoin d'un repos prolongé, les autres sont de pseudo-myélasthéniques et elles peuvent marcher sans inconvénients. Le critérium entre ces deux groupes de malades est assez simple et d'une facile application. Voici une de ces femmes que tout exercice, agréable ou désagréable, fatigue énormément ; elle éprouve autant de lassitude pour aller à ses plaisirs que pour accomplir ses devoirs de maîtresse de maison ; cette femme a très probablement besoin de repos et le repos lui

sera favorable. En voici une autre qui, habituellement languissante, redevient active quand il s'agit de faire ce qui lui plaît ; celle-là n'a pas besoin de repos, et le médecin doit user de son autorité pour lui imposer l'exercice physique.

L'anémie prononcée est une indication du repos, d'ailleurs non seulement chez les femmes nerveuses, mais aussi chez les vulgaires chlorotiques et dans tous les cas où l'appauvrissement du sang est intense, quelle que soit la cause de l'anémie. L'exercice physique dépense inutilement le peu de forces qui reste à ces malades. Il faut d'abord, à l'aide du repos, d'un traitement et d'une alimentation convenables, améliorer l'anémie, et c'est seulement quand on aura obtenu ce premier résultat, qu'on pourra prescrire l'exercice physique avec avantage.

En règle générale, le repos est nécessaire dans toutes les formes de la myélasthénie. Il convient de le prescrire à tous ces neurasthéniques qui souffrent de rachialgie, de douleurs vives dans les membres inférieurs, de sensations d'anéantissement, de lassitude extrême, dès qu'ils ont fait quelques pas. — Je le crois utile également dans les formes graves de l'atonie gastro-intestinale. J'ai vu bon nombre de ces formes sévères de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, avec prostration des forces et amaigrissement prononcé, n'être améliorées qu'à la condition du repos au lit, prolongé pendant deux, trois ou quatre heures après le principal repas. J'ai donné des soins à un homme de cinquante ans, atteint d'une forme très grave de l'atonie gastro-intestinale, avec amaigrissement extrême, et qui ne dut une très réelle amélioration de son état qu'au séjour au lit, prolongé pendant trois mois.

Du reste, le repos est dosé suivant les indications propres

à chaque cas en particulier. Si, dans la myélasthénie intense, l'immobilité absolue est de rigueur pendant plusieurs semaines, comme dans le traitement systématique de M. Weir Mitchell, il est évidemment des cas de gravité beaucoup moindre, et dans lesquels il suffit de limiter l'activité physique. Ainsi on peut prescrire dix, douze, quatorze heures de séjour au lit, deux, trois ou quatre heures d'activité consacrée aux affaires, et le reste du temps est employé, soit aux repas, soit aux distractions. Il est souvent nécessaire que le médecin lui-même donne sur ce dernier point quelques indications précises, qu'il règle l'emploi du temps dérobé aux affaires et consacré à l'exercice physique. Suivant l'âge, le sexe et la situation du patient, il prescrira les promenades à pied, celles en voiture, l'équitation, les bains de rivière, la natation, l'escrime, la gymnastique, les excursions faciles dans la montagne, le vélocipède, etc. La prescription du repos et de l'activité physiques doit être très minutieuse, et il n'est pas inutile de régler, jusque dans les moindres détails, le programme de la journée.

Repos de l'esprit. Travail intellectuel. — Ce que je viens de dire de l'activité physique est applicable à l'activité cérébrale. Il y a des cas où tout travail intellectuel doit être interdit pendant un temps plus ou moins long, d'autres, au contraire, dans lesquels il suffit de le diminuer et de le régler convenablement. Le repos du cerveau est nécessaire dans les formes intenses de la cérébrasthénie. En dehors de ces cas, qui ne sont pas les plus communs, il est plutôt utile de permettre au malade une certaine activité de l'esprit, mais en prenant la précaution de diriger cette activité sur des objets nouveaux et variés, hors du cercle ordinaire des occupations professionnelles.

C'est toujours une question délicate que celle qui consiste à décider dans quelle mesure un neurasthénique peut continuer l'exercice de sa profession. Il faut bien connaître et la nature de cette profession et l'état mental du malade. Le plus souvent il s'agit de fatigue précoce, d'une moindre aptitude à l'activité cérébrale, et il suffit de limiter convenablement la durée du travail quotidien. Il y a lieu de conseiller, au contraire, la cessation complète et plus ou moins durable des occupations professionnelles, si ces occupations mettent fortement en jeu le sentiment de la responsabilité et si le patient présente une anxiété habituelle et prononcée.

L'oisiveté complète est fâcheuse, et particulièrement aux cerveaux habitués au travail intellectuel. Beard a vu des hommes actifs, commerçants et industriels, présenter quelques symptômes neurasthéniques, au moment où ils quittent les affaires et passent brusquement d'une grande activité à une inertie cérébrale complète. On sait d'ailleurs que le travail est un élément important dans le traitement de certaines maladies nerveuses. De ce nombre est la neurasthénie. Seulement, la prescription du travail doit être minutieuse, détaillée, dictée avec une certaine autorité, et il n'est pas indifférent que le médecin désigne lui-même le genre de travail qui lui paraît convenable.

Ce choix exige la connaissance de l'état actuel du patient, de son niveau intellectuel, de ses goûts, de ses aptitudes, même de sa situation de fortune. C'est ainsi qu'il devra s'occuper, pendant un temps déterminé chaque jour, d'une question de littérature, de philosophie, d'art, d'histoire, de droit, de sciences naturelles, de botanique, étudier la peinture, la sculpture, une langue étrangère qu'il connaît déjà, ou bien, s'il est de moindre culture intellectuelle, il

deviendra dessinateur, photographe, fabricant de menus objets, tourneur, menuisier, serrurier, etc. Ce travail quotidien bien réglé, étranger à l'exercice de la profession, occupe l'esprit sans le fatiguer, peut même devenir agréable, et fait une diversion salutaire aux idées sombres et tristes qui hantent si souvent le cerveau des neurasthéniques.

Massage. — Le massage est pratiqué suivant les règles précédemment exposées à propos du traitement systématique de M. Weir Mitchell. La séance du massage a lieu à domicile, par exemple le matin, au réveil, ou bien le patient se rend lui-même chaque jour dans un établissement spécial. Le massage convient et donne de bons résultats dans la plupart des cas de myélasthénie, surtout chez les neurasthéniques amaigris, anémiques, et chez ceux qui souffrent de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale. Cet exercice passif du système musculaire remplace utilement l'exercice actif que ne permet plus à un degré suffisant l'épuisement trop rapide de la force nerveuse. Si ces symptômes s'accompagnent aussi d'insomnie, on peut essayer de pratiquer le massage le soir, au lit; c'est quelquefois un bon moyen de ramener le sommeil.

Électricité. — L'électricité est incontestablement un des agents précieux du traitement des états neurasthéniques. Elle y a de nombreuses applications. J'ai déjà décrit deux de ces applications: la faradisation générale du système musculaire, destinée à prévenir les inconvénients du repos prolongé dans le traitement systématique de M. Weir Mitchell, et, dans les cas de neurasthénie génitale, la galvanisation de la moelle lombaire et des organes génitaux, ainsi que la faradisation des muscles du périnée et de l'urètre.

Beard a beaucoup recommandé la *faradisation générale*. Un des pôles, représenté par une large plaque recouverte d'éponge ou de flanelle humide, est appliqué sous la plante des pieds et reste fixe, tandis que l'autre pôle, qui a la forme d'un petit rouleau mobile, est promené sur toute la surface de la peau. Il ne faut pas faire usage d'un courant trop fort, et je crois inutile, sinon nuisible, de provoquer, comme le conseille Beard, la contraction énergique des muscles superficiels. Il suffit de produire une excitation modérée des plexus sensitifs de la peau. Dans les cas d'hyperesthésie un peu vive de la peau ou d'excitabilité générale prononcée, il est préférable que l'opérateur, suivant le procédé de M. Ziemssen, se place lui-même dans le circuit, tienne d'une main l'électrode mobile et promène l'autre main sur la peau du patient. Les courants forts ont de réels inconvénients. Non seulement ils sont péniblement supportés, mais ils aggravent encore les symptômes d'irritation cérébrale et spinale. Il faut d'ailleurs commencer par des séances courtes, de cinq à dix minutes, dont on peut ensuite augmenter la durée, suivant les effets obtenus et la tolérance du malade. — L'opérateur pose d'abord le pôle mobile ou la main qui fait office d'électrode sur le front et sur les tempes, où il suffit de produire une sensation légère. C'est ensuite le tour du vertex et de la nuque, régions sur lesquelles on peut insister un peu plus. Puis le pôle mobile est promené de haut en bas, le long de la colonne vertébrale, et s'arrête de préférence sur les points douloureux des vertèbres. Avec un courant plus faible, on pratique alors l'excitation modérée, dans la région cervicale, du sympathique, du pneumogastrique et du phrénique. Avec le même courant, on faradise la région précordiale, puis, avec un courant

plus énergique, les parties latérales de la poitrine et tout l'abdomen, en insistant sur l'épigastre, les fosses iliaques et le trajet du gros intestin. On réveille ainsi la tonicité, souvent diminuée, des tuniques musculaires du tube digestif. La séance se termine par la faradisation des quatre membres. — Les effets immédiats d'une séance de faradisation générale sont parfois très appréciables: les douleurs, les malaises et la sensation de fatigue diminuent, le pouls se régularise, et le patient éprouve même un réel bien-être. Pourtant, chez les neurasthéniques très excitables, on peut observer de l'agitation, du tremblement, des maux de tête, du vertige, de la tendance aux lipothymies, des douleurs dans les muscles, de l'insomnie. Ces phénomènes fâcheux se produisent surtout dans les cas où l'on a prolongé la séance et fait usage de courants trop énergiques. — Beard et Rockvell ont beaucoup vanté les effets consécutifs de la faradisation générale. Ils attribuent ces résultats favorables, soit à la stimulation du système nerveux central, soit aux fortes contractions produites par le passage du courant dans les muscles. Voici les phénomènes qu'ils ont constatés après plusieurs jours de traitement: l'apaisement des troubles circulatoires, la diminution de l'émotivité et de la dépression cérébrale, le retour du sommeil, la disparition plus ou moins complète des douleurs des membres et du tronc, l'augmentation de l'appétit, l'amélioration des troubles digestifs après le repas et la régularisation des fonctions du gros intestin. En Allemagne, Erb, Möbius, Fisher ont obtenu des résultats analogues. J'ai employé la faradisation générale dans un cas au moins avec persévérance; je n'ai pas constaté une modification aussi marquée des principaux symptômes neurasthéniques ; il est vrai qu'il s'agissait d'une neuras-

thénie invétérée. — D'après Beard et Rockvell, l'indication principale de cette application de l'électricité réside dans l'affaiblissement de la force nerveuse, l'insuffisance de la nutrition et le ralentissement des fonctions vitales. La faradisation générale convient donc au traitement d'un certain nombre d'états neurasthéniques, et particulièrement de ceux où dominent les symptômes de dépression.

Pour cette électrisation générale, on peut remplacer le courant faradique par le *courant galvanique*. Le pôle négatif est appliqué aux pieds du malade et reste fixe, tandis que le pôle positif est successivement promené sur toutes les régions du tégument. Il faut agir avec des courants très faibles sur la tête et sur le rachis. Quant aux muscles, il est plus difficile d'en obtenir la contraction. Aussi, pour l'électrisation générale, telle que je viens de la décrire, on doit ordinairement préférer le courant faradique au courant galvanique.

Beard recommande encore la *galvanisation des centres nerveux*. Le pôle négatif, représenté par une large plaque recouverte de peau ou d'éponge, est placé et reste fixe sur l'épigastre. Le pôle positif, qui est une électrode-éponge de grande dimension, est appliqué pendant une à deux minutes sur le crâne et particulièrement le vertex, pendant une à cinq minutes de haut en bas sur les parties latérales du cou, enfin pendant trois à six minutes le long de la colonne vertébrale, également de haut en bas, en insistant sur la région cervicale. Ainsi dirigé, le courant agit successivement sur le cerveau, sur le sympathique et le pneumogastrique, puis sur la moelle épinière. Cette galvanisation des centres nerveux conviendrait aux cas dans lesquels la nutrition et la force musculaire sont relativement indemnes, tandis que la faradisation générale serait

plutôt applicable aux neurasthéniques qui ont de l'asthénie motrice et des troubles de la nutrition.

En Allemagne, M. Erb[1] conseille les applications locales du courant électrique dans le traitement de la plupart des symptômes neurasthéniques.

La *galvanisation de la tête* serait applicable à ces symptômes cérébraux dont l'ensemble constitue la cérébrasthénie : la céphalée, l'insomnie, l'inaptitude au travail intellectuel, la dépression cérébrale, l'anxiété, les palpitations. Il faut toujours débuter par des courants très faibles et par des applications très courtes. La séance dure d'une à cinq minutes ; elle est répétée trois à six fois par semaine. Un traitement assez long est nécessaire pour obtenir une amélioration durable. Le courant traverse la tête longitudinalement, de l'occiput au front, ou transversalement, d'un pariétal à l'autre, ou bien encore suivant la direction d'un des diamètres obliques. Si ce sont les phénomènes congestifs qui dominent, le pôle positif est placé sur le front et le négatif en arrière. C'est le contraire dans les cas d'anémie cérébrale. Le plus souvent, il est difficile d'apprécier exactement l'état de la circulation du cerveau, et l'on attache moins d'importance à la direction du courant. M. Erb emploie également la méthode unipolaire. L'un des pôles, positif ou négatif, est fixé aux pieds, et l'autre est appliqué sur la tête. — M. Erb pratique de la même façon la *faradisation* modérée du crâne, soit par la méthode unipolaire, soit en dirigeant le courant interrompu du front à l'occiput. Il se sert d'une grande électrode spéciale, ou plus simplement de la main faradique.

[1] Erb, *Traité d'électrothérapie*, traduction française de M. Rueff, Paris, 1881, p. 289, 308, 347, 533.

C'est surtout dans le traitement de l'insomnie que cette électrisation de la tête donnerait de bons résultats. On avait d'ailleurs depuis longtemps remarqué que l'application des courants sur les régions les plus diverses, et particulièrement sur la tête et sur le cou, provoque souvent des envies de dormir. Une des observations de M. Erb[1] est un exemple remarquable de cérébrasthénie avec insomnie, dans lequel l'électrisation de la tête a procuré, en quinze jours, une amélioration notable de tous les symptômes et le retour du sommeil. — Dans les cas de cérébrasthénie, M. Erb adjoint souvent à l'électrisation de la tête, celle du sympathique cervical et de la région cervicale de la moelle épinière. Il recommande la méthode de Mor Meyer pour agir sur le sympathique : un des pôles, ordinairement le négatif, est placé sous l'angle de la mâchoire d'un côté, et l'autre pôle, au niveau des apophyses épineuses des sixième et septième vertèbres cervicales, du côté opposé. Le courant est faible, stable ou labile, avec ou sans renversements, et la séance dure une à trois minutes. Par cette méthode, le courant agit également sur la moelle cervicale.

Dans les cas de *myélasthénie* avec prédominance marquée des phénomènes d'excitation, tels que points douloureux des vertèbres, douleurs névralgiques des membres, exagération de l'excitabilité vaso-motrice, il y a lieu de tenir compte de la direction du courant. On emploie le courant ascendant, le pôle négatif étant appliqué à la région lombaire et le pôle positif à la nuque. Si l'on électrise une moindre étendue de la moelle, il faut comprendre entre les deux pôles les points particulièrement douloureux.

[1] Erb, *loc. cit.*, p. 290.

Le courant est faible et la séance courte, car le malade atteint d'irritation spinale est généralement très excitable. M. Erb conseille encore, dans les cas de ce genre, l'application d'un des pôles, le positif le plus souvent, sur les points vertébraux douloureux, la faradisation modérée de la colonne vertébrale, l'excitation de la peau du dos avec le pinceau faradique, la faradisation générale, ainsi que la galvanisation centrale, suivant la méthode de Beard. Il est clair que tous ces procédés ne doivent être pratiqués qu'avec une grande modération. — Dans les formes communes de la myélasthénie, celles que caractérise surtout un grand affaiblissement de la force motrice, le courant descendant paraît préférable. Il doit être appliqué avec les mêmes précautions. On peut essayer aussi des mêmes procédés que dans les cas d'irritation spinale.

Quand il s'agit de *neurasthénie cérébro-spinale*, on combine l'électrisation du cerveau à celle de la moelle épinière, en appliquant les mêmes méthodes et en suivant les mêmes règles. Aux cas de ce genre convient particulièrement la galvanisation centrale de Beard.

Certains troubles fonctionnels neurasthéniques sont combattus à l'aide d'un traitement électrique spécial. Les troubles *vaso-moteurs* sont parfois très prononcés. Il faut distinguer le spasme du relâchement paralytique des vaisseaux périphériques. S'il s'agit d'un état spasmodique des vaisseaux du bras par exemple, on fait agir un courant ascendant continu, pendant deux à cinq minutes, sur le plexus brachial, le pôle positif étant placé sur le plexus et le négatif à la nuque. On utilise encore des courants continus plus énergiques, traversant les troncs nerveux, avec plusieurs renversements, puis la faradisation des nerfs et celle de la peau avec le pinceau faradique. S'il

s'agit, au contraire, de paralysie vaso-motrice, il faut choisir un courant descendant plus faible. On peut employer aussi la faradisation des nerfs et de la peau, mais avec des courants bien moins énergiques que dans les cas de spasmes vasculaires. — M. Rumpf propose de traiter les troubles de la circulation encéphalique par l'excitation électrique de la peau. Il a vu qu'une faradisation énergique et prolongée de l'un des côtés du corps produit, après une anémie préalable, une congestion de l'hémisphère cérébral du côté opposé. Les résultats de ces expériences ne peuvent pas encore être appliqués avec certitude au traitement des troubles circulatoires du cerveau dans la neurasthénie, car le plus souvent il est difficile de savoir si nous avons affaire à de la congestion ou à de l'anémie cérébrale.

Contre les *palpitations nerveuses*, si communes chez les neurasthéniques, M. Erb conseille la galvanisation ou la faradisation allant de la nuque à l'épigastre et à la région précordiale, ainsi que la galvanisation du sympathique et du pneumogastrique à la région cervicale. Il expose la méthode de Flies pour la galvanisation du pneumogastrique, laquelle a pour but d'augmenter l'action modératrice de ce nerf sur les battements du cœur. Un courant descendant d'intensité modérée est appliqué tous les jours, pendant une ou deux minutes, sur chacun des deux pneumogastriques. Flies aurait obtenu de bons résultats de cette méthode dans plusieurs cas de palpitations, et M. Erb a réussi dans un cas où l'excitabilité du cœur était probablement associée à une lésion organique.

Les *douleurs névralgiques* peuvent être calmées par la galvanisation. Le courant est descendant et stable. Le pôle positif est placé sur la partie centrale du tronc ner-

veux, même sur la colonne vertébrale s'il s'agit d'un nerf rachidien, et le pôle négatif sur les extrémités périphériques du nerf douloureux. Les points hypéresthésiques des vertèbres, communs dans les cas de névralgies neurasthéniques, sont traités avec succès par des applications locales du pôle positif avec des courants faibles ou de médiocre intensité. — Chez les malades très excitables, et précisément quant il s'agit de ces névralgies mobiles et fugaces de la neurasthénie, on réussirait mieux encore avec des applications prolongées de courants galvaniques très faibles.

M. Erb a décrit un traitement électrique spécial de la *céphalée neurasthénique*. Si la douleur est diffuse, il fait passer un courant continu faible à travers le crâne, d'avant en arrière ou réciproquement. Il pratique aussi la méthode unipolaire, place le pôle négatif sur le sternum et le pôle positif sur le front, toujours avec un courant modéré. Il a réussi également avec la faradisation faible du front à la nuque, en se servant de la main faradique comme électrode. Si la douleur de tête est plus localisée, il traite les points douloureux par des applications locales du pôle positif stable. Ce traitement électrique réussit souvent et très bien dans la vraie céphalée neurasthénique ; il échoue ordinairement quand il s'agit de la douleur céphalique de la migraine. Je donne actuellement des soins à un cérébrasthénique chez lequel quatre séances de galvanisation de la tête ont produit une diminution très notable d'une céphalée qui durait depuis plusieurs mois.

On trouvera plus loin l'exposé du traitement de l'atonie gastro-intestinale. J'y ai décrit les applications de l'électricité au traitement des troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin.

M. Charcot[1] et ses élèves ont récemment remis en honneur l'application de l'*électricité statique* au traitement de certaines maladies nerveuses. M Vigouroux[2] a fait connaître les bons effets qu'on en obtient dans l'hystérie. La plupart des procédés de l'électrisation statique, applicables à cette névrose, le sont aussi à la neurasthénie.

Le procédé ordinaire est le *bain électrique*, que M. Charcot nomme plus explicitement *bain électro-statique*. Le patient est placé sur un tabouret isolant, lequel est mis en communication avec l'un des pôles de la machine. Les machines de Holtz, de Carré et de Wimshurst, sont les plus usitées. L'électricité qui se répand sur le corps du patient n'y est pas à l'état stable ; elle s'en échappe incessamment par les parties saillantes. Mais elle est renouvelée incessamment aussi par celle qui provient de la machine. La séance est de durée variable, suivant les sensations et la tolérance du malade ; elle varie en général de cinq à vingt minutes. — D'après les observateurs de la Salpêtrière, le bain électro-statique régularise le fonctionnement du système nerveux, calme les symptômes d'excitation, augmente l'appétit, active la digestion, favorise les fonctions de la peau, améliore la nutrition générale. On voit par là que ce procédé d'électrisation est fort efficace et convient à la plupart des états neurasthéniques. Il peut servir à remplir les principales indications que comporte le traitement de l'épuisement nerveux. Il agit sans doute à la façon de la faradisation générale de

[1] Charcot, *Progrès médical*, 1881 ; œuvres complètes, 1890, t. IV, p. 483.

[2] Vigouroux, *Archives de neurologie*, 1881. — Voyez aussi : Stein, *Die allgemeine Electrisation des Menschen Korpes, der Nervenschwäche, Nervosität und Neurasthénie*; Halle, 1882.

Beard et Rockwell, mais très probablement avec une plus grande efficacité.

Placé sur le tabouret isolant, le corps du patient subit par toutes ses parties saillantes une perte incessante de l'électricité dont il est chargé. A l'aide d'excitateurs non isolés, on peut augmenter brusquement cette déperdition et provoquer ainsi les différents phénomènes connus sous les noms d'*étincelle*, *aigrette* et *souffle* électriques. Si l'excitateur est terminé par une extrémité sphérique, et qu'on approche cette extrémité à une distance convenable du patient, on obtient l'étincelle. Avec un excitateur en pointe, approché jusqu'à 6 ou 7 centimètres, on fait apparaître l'aigrette. Ce même excitateur étant placé à une plus grande distance, à 18 centimètres par exemple, le patient éprouve dans la partie du corps voisine de l'excitateur, une sensation comparable à celle que donne un léger courant d'air. C'est ce qu'on nomme le souffle électrique. — Ces trois procédés sont appliqués au traitement de certains symptômes de l'hystérie, tels que les paralysies et les anesthésies. Ils sont applicables aussi au traitement de quelques symptômes de la neurasthénie. Ainsi l'étincelle, qui produit facilement la contraction des muscles, peut servir à combattre l'asthénie neuro-musculaire. Le souffle électrique, appliqué sur la tête, ferait disparaître la céphalée et l'insomnie neurasthéniques. Beaucoup d'autres symptômes locaux pourraient être traités d'une façon analogue.

Je n'ai pas encore une expérience suffisante de l'électrisation statique. Elle nécessite une installation spéciale et coûteuse. Les applications à la thérapeutique en étant plus restreintes que celles de la faradisation et de la galvanisation, elle trouve plus difficilement place dans le cabinet

du praticien. C'est un des inconvénients de la méthode. Sans doute les résultats favorables obtenus dans le traitement de l'hystérie, permettent d'espérer que l'électricité statique peut également réussir dans celui de l'épuisement nerveux. Il faut cependant se garder d'en exagérer la valeur et ne pas la considérer comme le spécifique de la neurasthénie.

Quels que soient le symptôme à traiter et le procédé d'électrisation mis en usage, il faut agir avec prudence et modération, surtout lorsque l'électricité est portée directement sur les centres nerveux. On ne doit pas oublier que la plupart des neurasthéniques ont un système nerveux très impressionable. Quelques-uns ne supportent que des courants très faibles. Les premières tentatives de galvanisation, de faradisation et d'électrisation statique seront donc très modérées et de durée très courte. Il est nécessaire, avant d'aller plus loin, d'explorer la sensibilité du patient à l'électricité. — Les résultats obtenus sont assez variables et le plus souvent ne peuvent pas être prévus. Ils sont quelquefois très remarquables dans les formes acquises et légères de la neurasthénie. Ils sont généralement beaucoup moins brillants, et même tout à fait nuls, quand il s'agit d'une forme grave, invétérée, et dont la ténacité est due à une prédisposition névropathique héréditaire.

Il est probable que l'électricité exerce une action directe et favorable sur ce trouble intime de la nutrition dont procède la neurasthénie. Suivant les applications qu'on en fait, elle peut être envisagée comme un tonique et un sédatif du système nerveux. Par là elle permet de remplir les deux indications fondamentales du traitement de la neurasthénie. Elle contribue aussi à relever la tonicité affaiblie des vaisseaux périphériques, résultat très favora-

ble dans une maladie nerveuse qui trouble si constamment l'innervation vaso-motrice. Enfin les courants électriques constituent un traitement efficace d'un certain nombre des symptômes les plus pénibles, tels que l'insomnie, la céphalée, les troubles génitaux, symptômes contre lesquels échouent la plupart des médicaments.

Alimentation. — Il n'est ici question que de l'alimentation et du régime des neurasthéniques qui n'ont pas de troubles digestifs véritables, qui ne présentent pas les symptômes de l'atonie gastro-intestinale. L'alimentation doit être réglée en vue de prévenir le développement de ces troubles digestifs et aussi de fournir des matériaux de réparation suffisants aux forces du système nerveux.

Il faut conseiller trois repas, dont le principal au milieu de la journée. En règle générale, tous ces neurasthéniques qui se lèvent abattus, sans forces et sans courage, sont, après un premier déjeuner, remontés pour quelques heures. Ils attendent sans trop de malaises le repas de midi. — La ration alimentaire doit être suffisante. Si quelques nerveux mangent trop, la plupart tombent facilement dans l'excès contraire. Il y a lieu de les interroger avec attention sur ce point. Tous les médecins ont vu de ces femmes nerveuses qui, avec un estomac encore très capable de digérer, ne vivent plus que de quelques potages et d'un peu de lait. Beard raconte le cas d'un jeune homme neurasthénique, qui était en train de mourir d'inanition. Il est clair qu'un pareil régime n'est pas fait pour aider à la restauration de la force nerveuse. Il aggrave évidemment tous les symptômes neurasthéniques. Cependant il est souvent préférable de ménager les transitions et d'augmenter, non pas brusquement, mais lentement et progressivement, la quantité quotidienne des aliments ingérés.

Le régime doit être mixte, condition nécessaire d'une bonne nutrition. Beaucoup de gens nerveux font un véritable abus de viandes saignantes, souvent sur les conseils de leurs médecins. La règle est de choisir des aliments de digestion facile, qui, sous le moindre volume, donnent la plus grande quantité de substances nutritives. Les aliments qui conviennent aux neurasthéniques sont : les viandes de bœuf et de mouton, dépouillées des parties fibreuses et de la graisse, modérément cuites ; les volailles très cuites ; les poissons maigres de mer ou de rivière ; les œufs frais peu cuits ; le lait en quantité modérée, spécialement réservé pour le repas du matin ; les légumes frais, pauvres en cellulose et en fibres végétales, toujours extrêmement cuits et préparés très simplement, tels que les asperges, les épinards jeunes, les petits pois, les haricots verts, les artichauts cuits ; quelques féculents, parmi lesquels le riz, le sagou, les lentilles et même la pomme de terre. L'usage du pain sera modéré, et ce pain sera rassis et très cuit. Seuls les fruits à amandes doivent être proscrits. Les autres peuvent être permis, quand ils sont très murs. Il est cependant préférable de manger les pommes et les poires en marmelades très cuites. On peut encore autoriser un usage modéré des condiments les plus usuels, le poivre, la moutarde et le sel, celui-ci d'ailleurs nécessaire à l'alimentation. Ces mets sont assez nombreux pour permettre de varier fréquemment le menu des repas. On évite ainsi le dégoût et l'anorexie que provoquent les régimes exclusifs, résultat favorable chez des malades dont l'appétit laisse souvent à désirer.

Les auteurs américains, et particulièrement Beard et M. Weir Mitchell, recommandent beaucoup aux neurasthéniques l'usage des substances grasses, du beurre, des

poissons gras, de la crème et même de l'huile de foie de morue. Les corps gras aideraient à la réparation de la force nerveuse. Assurément, la graisse est un aliment nécessaire. Malheureusement les neurasthéniques ne paraissent pas la tolérer très bien. J'ai toujours éprouvé de grandes difficultés à la faire prendre en notable quantité aux femmes neurasthériques, pâles et amaigries, soumises au traitement systématique de M. Weir Mitchell. J'ai remarqué que la graisse de la viande de bœuf et de mouton est mieux tolérée que le beurre, le porc et les poissons gras.

Beaucoup de neurasthéniques boivent trop à chaque repas, et boivent même dans l'intervalle des repas. Boire modérément est, en règle générale, une condition favorable à la régularité de la digestion. Une grande quantité de liquide dilue le suc gastrique, et, dans la neurasthénie, les sécrétions de l'estomac pèchent plutôt par défaut que par excès. La meilleure boisson est l'eau ordinaire additionnée d'une petite quantité de vin rouge. On accuse les vins blancs de produire une excitation fâcheuse chez les gens nerveux. Il faut proscrire les eaux minérales riches en bicarbonate de soude, et ne permettre que les eaux indifférentes ou très faiblement minéralisées.

Il y a des neurasthéniques qui ont une sorte de besoin instinctif d'un stimulant de leur système nerveux. Depuis longtemps, ils font grand usage de thé, de café, de liqueurs, de tabac. L'usage très modéré de ces stimulants peut être toléré, à la condition que le patient ait encore assez d'énergie morale pour ne pas dépasser la mesure permise. Il convient cependant d'interdire le café noir le matin à jeun. Il vaut mieux le prendre après le repas de midi seulement, et s'en abstenir toujours au repas du soir. Fumer modé-

rément dans l'après-midi n'est pas un cas grave, et il y aurait des inconvénients à priver le patient de tout ce qui lui est agréable. — Mais il faut être beaucoup plus sévère et proscrire entièrement le café, le thé et le tabac, s'il existe des symptômes prononcés d'excitation du cœur et du cerveau. Les neurasthéniques qui ont des palpitations et des troubles vaso-moteurs doivent tout à fait renoncer à l'usage de ces stimulants.

Hydrothérapie. — Tous les procédés de l'hydrothérapie ne conviennent pas indifféremment au traitement de l'épuisement nerveux. En général les procédés les plus doux sont préférables. Les neurasthéniques supportent mal les excitations violentes et les soustractions prononcées de calorique.

L'enveloppement dans le drap mouillé est beaucoup recommandé par M. Ziemssen. Précisément parce qu'il est le plus doux des procédés hydrothérapiques, il peut être sans danger appliqué à toutes les formes de la neurasthénie. Le patient, dépouillé de tous ses vêtements, est debout au pied de son lit. On lui jette sur les épaules un drap trempé dans de l'eau à 28° ou 30°, avec lequel on enveloppe tout le corps, sauf la tête. Puis on frictionne vivement avec la main, appliquée sur le drap mouillé, toute la surface du tégument, pendant une ou deux minutes. Le drap étant enlevé, le patient est rapidement essuyé avec un autre drap sec et légèrement chauffé. Il s'habille ensuite et marche de façon à favoriser la réaction, ou bien, s'il est très faible, il se remet au lit pendant une demi-heure ou une heure. Les jours suivants, on abaisse progressivement la température de l'eau, jusqu'à plonger le drap dans de l'eau à 20° et même 15°; mais il est inutile de dépasser cette limite. Sans doute le drap mouillé est un

des procédés les plus atténués de l'hydrothérapie; il est cependant réellement efficace, et je l'ai souvent mis en usage avec de bons résultats. Il possède une action tout à la fois sédative et tonique, peu prononcée il est vrai, mais qui cependant est très appropriée à beaucoup d'états neurasthéniques, dans lesquels il convient de tonifier le système nerveux central, en évitant les excitations violentes des nerfs périphériques.

Le bain frais à 30°, de courte durée, est quelquefois utile dans les cas de prostration prononcée ; on peut y ajouter une affusion sur la tête avec de l'eau plus froide que celle du bain.

Le bain tiède à 33° ou 34°, prolongé pendant une demi-heure et même au delà, exerce assez souvent une action favorable, bien que seulement passagère, sur les symptômes d'excitation. Il faut éviter cependant de trop prolonger le bain tiède et de le répéter trop souvent. Des bains de plusieurs heures finissent par déprimer le patient et ne contribuent pas à l'amélioration des troubles digestifs.

Les douches générales, en pluie et en jet brisé modéré, sont très applicables au traitement de la neurasthénie, et c'est par ces douches qu'il convient ordinairement de commencer l'hydrothérapie. Au début, il est toujours prudent d'employer de l'eau à 24° ou 22°. Ce n'est que progressivement, et si les malades peuvent les supporter, qu'on arrive aux douches véritablement froides, à 15° ou 16°. Je n'ai jamais conseillé des douches au-dessous de 16°. La durée est d'abord de dix à vingt secondes seulement, puis elle peut être graduellement augmentée, suivant les résultats obtenus. La pluie peut être dirigée de préférence sur le dos ou sur l'abdomen. Il faut toujours éviter la percussion de l'eau sur la tête et sur la nuque.

On fait encore usage, et particulièrement dans les cas d'atonie gastro-intestinale, de la douche alternativement chaude et froide, en pluie ou en jet très modéré. Cette douche dure deux minutes environ et se compose : du jet ou de la pluie à 33° ou 35° pendant vingt à trente secondes, du jet ou de la pluie à 12° ou 15° pendant quinze à vingt secondes.

La douche en jet plein ou brisé et modérée est réservée au traitement des affections locales. Ainsi la douche en jet dirigée sur le périnée est applicable au traitement de l'impuissance et de la spermatorrhée. Nous verrons encore que les douches générales, aidées de la douche locale sur l'abdomen, constituent un traitement réellement efficace de l'atonie gastro-intestinale.

On ne doit pas oublier qu'il convient d'appliquer l'hydrothérapie avec modération dans les cas d'épuisement nerveux. J'ai vu des malades retirer de bons effets du simple enveloppement dans le drap mouillé ou de la douche en pluie modérée, chez lesquels des procédés plus énergiques, tels que la douche en jet avec de l'eau très froide, avaient plutôt aggravé les symptômes neurasthéniques.

Suspension. — La suspension a été expérimentée, non seulement dans l'ataxie, mais aussi dans beaucoup d'autres maladies nerveuses. Cependant les observations de neurasthénie traitée par ce procédé sont encore très rares. M. Charcot[1] cite deux cas d'impuissance liée à la neurasthénie et dans lesquels les résultats ont été favorables. Peut-être d'autres symptômes neurasthéniques pourraient-ils être également améliorés par la suspension.

Voyages. — Beaucoup de médecins conseillent les

[1] Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 217.

voyages aux gens nerveux d'une façon un peu banale et sans en mesurer ni les indications ni les contre-indications. Beard plaisante agréablement ses confrères d'Amérique qui, à tous leurs compatriotes neurasthéniques, prescrivent invariablement un voyage en Europe. M. Charcot et M. Ziemssen nous apprennent qu'ils reçoivent de temps en temps la visite de ces neurasthéniques voyageurs. Le plus souvent, ils ne sont guère améliorés, et ils rentrent en Amérique tels qu'ils en étaient partis.

Il en est des voyages comme des autres moyens employés dans le traitement de la neurasthénie. Ils peuvent être utiles ou sans effet, et même nuisibles, suivant qu'ils sont conseillés à propos ou hors de propos. C'est encore pour le praticien une question de tact et de jugement. J'ai vu un voyage fatigant devenir le point de départ d'une rechute sérieuse chez une jeune femme neurasthénique qui avait été à peu près complètement guérie par le traitement systématique de M. Weir Mitchell.

Le voyage doit être prescrit avec mesure et la prescription en être accompagnée de quelques indications à l'adresse du malade lui-même et de son entourage. S'embarquer pour un pays lointain, courir de ville en ville, de plage en plage, passer des journées entières à visiter des musées et des galeries de tableaux, changer sans cesse de logement, d'alimentation, de genre de vie, ce n'est certes pas un bon moyen de reposer un système nerveux épuisé par le surmenage du corps et de l'esprit. Sans doute quelques cérébrasthéniques ont encore toute leur force musculaire; ils peuvent marcher, faire des promenades, des excursions plus ou moins longues, et la multiplicité des images qui passent ainsi devant leurs yeux, en faisant naître des sensations nouvelles et agréables, peut bien modifier heureuse-

ment le fonctionnement de leur cerveau malade. Mais, en règle générale, il faut éviter la fatigue physique, l'ennui et les préoccupations, qui ne manquent guère de reparaître, lorsque c'est un commerçant, un industriel, qui abandonne sa maison et ses affaires pour un voyage lointain et de longue durée.

Beard recommande plutôt les voyages courts, dans un site bien choisi, à la campagne ou à la montagne, non loin de la maison. Je trouve ce conseil excellent et je l'ai souvent suivi. A tous ces cérébrasthéniques dont le cerveau souffre d'un travail intensif et de vives préoccupations d'affaires, je prescris d'aller passer quelques jours ou quelques semaines dans les montagnes de la Suisse ou du Dauphiné pendant l'été, au bord de la Méditerranée pendant l'hiver. Ils n'abandonnent pas complètement leurs affaires ; ils les quittent volontiers pour quelques jours. Ils vont se reposer sans emporter avec eux le souci de sentir leurs entreprises péricliter pendant une longue absence. Arrivés au but du voyage, ils y passent quelques jours, dans le calme et le repos du corps et de l'esprit. Je leur interdis les déplacements fréquents et les courses fatigantes. Un voyage de ce genre peut être répété plusieurs fois pendant l'hiver ou pendant l'été, sans grand dommage pour les occupations professionnelles. La plupart des malades y prennent goût et attendent le moment du départ, comme les collégiens celui des vacances.

Les voyages conviennent beaucoup moins aux myélasthéniques, c'est-à-dire à ces neurasthéniques qui n'ont plus de force musculaire, que la marche fatigue toujours, et qui souffrent le plus souvent de la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale. Ceux-là doivent plutôt rester chez eux. Ils ont besoin de l'installation confortable de la

maison et d'un repos prolongé. Le voyage les fatigue souvent et sans profit. S'ils vont à la montagne ou au bord de la mer, ils doivent éviter les déplacements et résister à la tentation des excursions, cause de fatigue musculaire qu'ils ne supporteraient pas sans inconvénients.

Climats. Bords de la mer. Montagne. — Ce sont les climats tempérés qui conviennent le mieux aux neurasthéniques. Les grandes chaleurs et les grands froids leur sont également défavorables. J'ai remarqué que les améliorations sont plus faciles à obtenir pendant les saisons intermédiaires, le printemps et l'automne, tandis que la plupart des symptômes s'aggravent, au contraire, pendant l'hiver et l'été.

La question des bains de mer est controversée. A coup sûr ils ne conviennent pas à tous les neurasthéniques. Beaucoup de malades se dirigent spontanément vers les stations maritimes, et leurs médecins doivent tenir compte de l'expérience personnelle qu'ils ont acquise. En général l'eau de la mer et l'air marin n'agissent pas favorablement dans les cas où dominent les symptômes d'excitation ; ils aggravent plutôt ces symptômes ; c'est du moins ce que j'ai constaté chez plusieurs femmes neurasthéniques. Au contraire, le séjour au bord de la mer, sur une plage tranquille, donne souvent de bons résultats chez les hommes frappés d'épuisement nerveux à la suite de travail intellectuel exagéré ou de fatigues physiques excessives.

Le séjour à la montagne commence à jouir d'une vogue méritée dans le traitement des états neurasthéniques. Cette cure climatérique est assurément bien préférable à la cure thermale. Combien de neurasthéniques promènent d'année en année leurs souffrances à travers nos stations d'eaux minérales, sans obtenir aucun résultat durable!

Une altitude moyenne de 1000 mètres est généralement suffisante. Les grandes altitudes qui atteignent et dépassent 2000 mètres sont moins favorables, parfois même ne sont pas tolérées, du moins dans nos climats. Tous les neurasthéniques sont très sensibles au froid.

Outre l'altitude convenable, une véritable station de montagne réunit encore d'autres conditions. Le site en est pittoresque, assez découvert pour que l'œil y embrasse de grands horizons et jouisse de belles vues sur les montagnes et les vallées environnantes. Une haute vallée très encaissée et difficilement accessible ne constitue pas un séjour agréable. Il faut que, sans fatigue, le malade puisse trouver dans les environs des excursions faciles. L'installation matérielle doit être confortable, la table bien servie, et il n'est pas indifférent que le neurasthénique déprimé y rencontre quelques gais convives.

Nous avons en France, et particulièrement dans les Alpes du Dauphiné et de la Savoie, beaucoup de hautes vallées admirablement situées et très propres au traitement de l'épuisement nerveux. Malheureusement l'installation y laisse encore grandement à désirer. Aussi la plupart de nos malades se dirigent-ils vers la Suisse.

La cure a lieu pendant l'été. C'est en juillet et en août que le climat d'altitude est particulièrement recherché. Le séjour doit être suffisamment prolongé, de six semaines à deux mois suivant les cas. Dans les formes invétérées de la neurasthénie, M. Ziemssen conseille deux séjours par an à la montagne, le premier vers le milieu du printemps, à une altitude moindre, pour reposer le patient des fatigues de l'hiver qui vient de s'écouler, l'autre vers la fin de l'été, à une altitude plus élevée, pour le préparer à supporter les fatigues du prochain hiver.

Lorsque toutes les conditions requises sont réunies, le climat de montagne exerce sur le système nerveux d'un certain nombre de neurasthéniques une action éminemment favorable, tout à la fois sédative et tonique. Un des premiers effets, et des plus remarquables, est le retour du sommeil. Tel neurasthénique, qui depuis des mois entiers ne dormait pas chez lui, retrouve le sommeil dès les premières nuits qu'il passe à la montagne. Dans les formes légères de l'atonie gastro-intestinale, quelquefois même dans les formes plus sévères, on voit bientôt l'appétit reparaître, les malaises diminuer, puis cesser après le repas, et souvent aussi diminuer la constipation. Puis les forces augmentent ; de jour en jour le patient supporte mieux l'exercice physique et prend goût aux excursions dans la montagne. Il importe seulement de régler, de doser l'activité physique. Le meilleur criterium réside dans les sensations qu'éprouve le patient après une promenade. La sensation de fatigue doit être agréable, nullement douloureuse ni même pénible. Aussi toutes les courses à pied doivent-elles être, du moins au début, entrecoupées de nombreux temps de repos.

Dans son traité de climatothérapie, M. Hermann Weber[1] résume ainsi les effets physiologiques du climat de montagne : — augmentation de l'activité des fonctions et de la nutrition de la peau ; — accroissement de l'énergie du cœur et des fibres contractiles du système vasculaire ; les battements du cœur, après une période d'accélération, reviennent à la fréquence normale, mais conservent plus d'énergie ; en somme, plus grande activité de tout l'appareil

1 Weber, *Climatothérapie*, traduction française de MM. Doyon et Spillmann, Paris, 1886, p. 183.

circulatoire ; — respiration accélérée au début ; après un séjour prolongé, respiration de fréquence normale, mais plus profonde ; les muscles qui concourent à la respiration et les éléments élastiques et contractiles des petites bronches acquièrent une plus grande énergie ; — élimination d'une plus grande quantité de vapeur d'eau par les poumons, exhalation de l'acide carbonique plus facile et plus abondante ; — augmentation passagère ou durable de l'appétit et par conséquent ingestion d'une plus grande quantité d'aliments ; — amélioration de l'hématopoïèse et de la nutrition des organes ; — énergie plus grande de l'activité nerveuse et musculaire ; sommeil généralement meilleur ; — augmentation probable des échanges nutritifs.

Ces données physiologiques nous permettent d'établir les indications du climat de montagne dans le traitement de la neurasthénie. Ce climat exerce une action tonique et stimulante sur les grandes fonctions, la circulation, la respiration, la digestion, l'innervation. Aussi convient-il au traitement de la plupart des états neurasthéniques que caractérise le ralentissement de toutes ces fonctions. Le séjour à la montagne est utile aux cérébrasthéniques à tendance dépressive, épuisés par le travail intellectuel, les émotions, le chagrin prolongé. Chez ces cérébrasthéniques, outre les effets physiologiques de l'altitude, on peut compter aussi sur l'influence des sensations nouvelles qu'apporte le changement de milieu. La beauté du paysage, le grand silence des hautes vallées, la pureté du ciel, voilà des conditions qui exercent aussi une action salutaire sur la plupart des symptômes de la cérébrasthénie, tels que la dépression cérébrale, la céphalée, l'émotivité, l'excitabilité des sens. Beaucoup de neurasthéniques sont pâles,

amaigris, ont une nutrition languissante et souffrent d'atonie gastro-intestinale. A ceux-là la montagne est encore très profitable. Ils pourront y retrouver un appétit meilleur, des digestions plus faciles, une nutrition générale plus active.

Il y a cependant quelques neurasthéniques pour lesquels le climat d'altitude est défavorable et doit être interdit ou différé; tels sont ceux qui présentent un très grand affaiblissement des forces, ceux qui ont des symptômes d'excitation cérébrale prononcés, ceux encore chez lesquels les troubles cardiaques ont acquis une grande intensité. Les malades très affaiblis supportent mal le froid, les orages, le vent violent et les brusques variations de la température; ils se trouvent beaucoup mieux au bord de la mer et dans un climat chaud. L'altitude augmente l'excitation cérébrale. Elle peut aggraver aussi les palpitations et la tachycardie neurasthénique, du moins quand elle est déjà très prononcée. Cependant l'accélération modérée des battements du cœur, que présentent beaucoup de neurasthéniques, ne devrait pas être envisagée comme une véritable contre-indication.

IV. AGENTS PHARMACEUTIQUES

Beard accorde une très grande valeur aux médicaments dans le traitement de la neurasthénie. Au chapitre du traitement de son importante monographie, il fait une revue de tous les médicaments qui passent pour agir sur le système nerveux, et à tous il reconnaît une réelle efficacité et certaines indications. Il combine diversement ces agents pharmaceutiques, et, chez le même malade, emploie

alternativement les sédatifs et les excitants. J'avoue que je ne partage pas la confiance qu'accorde Beard à cette polypharmacie, et je me range plutôt à l'opinion de M. Ziemssen, lequel recommande, au contraire, la plus grande réserve dans l'emploi des médicaments.

Beaucoup de neurasthéniques sont cependant de l'avis de l'auteur américain. Ils ont toujours un compte ouvert chez le pharmacien, et, étant sans cesse maladifs, il leur paraîtrait extraordinaire de vivre sans aucun médicament. D'autres, exposés à des malaises subits, à des accès de vertiges ou de palpitations, se croiraient perdus et même n'oseraient pas sortir, s'ils n'avaient dans leur poche un remède sur lequel ils puissent compter au moment critique. Il va sans dire que ce remède agit sur l'état mental, bien plus que sur le trouble fonctionnel lui-même. Pourtant le médecin ne doit pas brutalement faire cesser ces habitudes ni surtout dissiper ces illusions, du moins s'il s'agit de médicaments qui ne sont pas dangereux. C'est peu à peu, progressivement, que le patient arrivera à une conception plus claire des moyens à mettre en usage et de la marche à suivre pour recouvrer l'équilibre de son système nerveux. On peut bien aussi lui laisser porter son viatique dans sa poche. C'est une solution de bromure, de la teinture de valériane, de l'eau distillée de laurier-cerise, ou bien une petite provision de pilules inoffensives. Au moment d'un accès, le patient prend une ou deux pilules, quelques gouttes d'une solution antispasmodique, et il se croit grandement soulagé.

En tête des médicaments réellement utiles dans le traitement de la neurasthénie, il faut placer les bromures alcalins et les médicaments hypnotiques.

On peut recourir à l'emploi des *bromures alcalins*

dans les cas d'excitation cérébrale, d'irritation spinale, de douleurs névralgiques, de palpitations intenses, de phénomènes d'excitation des organes génitaux, dans les premières périodes de la neurasthénie génitale. Il convient alors d'administrer les sels de brome à doses assez fortes et pendant un temps assez long, mais avec des interruptions de quelques jours. On donne 4 à 6 grammes en vingt-quatre heures d'un mélange à parties égales de bromures de sodium, d'ammonium et de potassium. J'ai vu l'usage des bromures, ainsi continué pendant plusieurs mois, avec des interruptions convenables, donner d'excellents résultats chez une jeune fille, qui présentait de nombreux symptômes neurasthéniques associés à l'hystérie convulsive. Beard préfère le bromure de sodium à tous les autres sels de brome. Il emploie de fortes doses, dissoutes dans une grande quantité de liquide, continuées jusqu'à production d'un effet sédatif, par exemple jusqu'à la disparition de l'insomnie. Il fait remarquer cependant que la susceptibilité des neurasthéniques est assez variable à l'égard des bromures ; quelques-uns ne peuvent en tolérer que de très faibles doses.

Il y a des cas d'*insomnie* très rebelle et qui font le désespoir du malade et de son médecin. J'ai indiqué déjà un certain nombre de moyens hygiéniques ou physiques, propres à combattre cette insommie : le changement de milieu, le séjour à la montagne ou au bord de la mer [1] la suppression du travail intellectuel dans la soirée, l'éloignement de toute cause d'excitation, et, au moment ou un peu avant de se mettre au lit, la faradisation générale, l'application de courants électriques modérés sur la tête,

[1] Daly, *Med. News*, avril 1890.

la lotion fraîche très courte, le bain frais et court, le bain tiède, le massage.

Assurément on réussit aussi, du moins momentanément, avec les *médicaments hypnotiques*, tels que le chloral, la paraldéhyde, le sulfonal. Mais le sommeil obtenu par ces agents pharmaceutiques ne vaut pas celui que procurent les agents physiques. Au réveil, il laisse du mal de tête, une sensation d'abattement, de lassitude, qui ne se dissipe qu'après plusieurs heures et souvent dure toute la journée. De plus, l'accoutumance s'établit bientôt, il faut élever les doses, le patient ne peut plus se passer de son médicament et il est exposé à l'intoxication chronique. Pour éviter ces inconvénients, il faut donner les hypnotiques à intervalles éloignés, deux fois chaque semaine par exemple, mais à doses assez fortes et capables de provoquer réellement le sommeil. On peut aussi employer alternativement les hypnotiques et les agents physiques que je viens d'énumérer. — Beard n'est pas grand partisan du chloral. Il l'accuse de conduire à la neurasthénie, ou du moins de favoriser le développement des symptômes neurasthéniques. C'est un des médicaments dont les neurasthéniques sont fort disposés à abuser, comme de l'alcool, de la morphine et de l'éther. Il paraît qu'en Amérique la chloralomanie se répand à l'égal de la dipsomanie et de la morphinomanie. Beard accuse encore le chloral de produire à la longue une sorte d'asthénopie nerveuse. Aussi recommande-t-il de le prescrire rarement et d'en surveiller l'usage.

Les préparations *ferrugineuses* sont applicables dans les cas, plus communs chez la femme que chez l'homme, où l'anémie et la chlorose accompagnent les symptômes de l'épuisement nerveux. M. Hayem recommande les

protosels de fer, et particulièrement le protoxalate, dans le traitement des anémies et de la chlorose. Je suis resté fidèle ou protochlorure qui me paraît donner d'excellents résultats. Comme le conseille encore M. Hayem [1], il est toujours préférable d'associer à l'usage du fer celui de la limonade chlorhydrique. Je crois inutile de fatiguer l'estomac de ces neurasthéniques anémiques en leur faisant absorber tous les jours du vin de quinquina ou du vin d'Espagne.

Beard emploie beaucoup d'autres médicaments dans le traitement de la neurasthénie : l'ergotine, l'arsenic, le chanvre indien, la caféine, la coca, le zinc, la duboisine, la strychnine, l'opium, l'alcool, les acides minéraux, l'huile de foie de morue, les phosphates, le koumis.

L'*ergotine* provoque la contraction des vaisseaux artériels à tunique musculaire. Elle pourrait donc servir au traitement des parésies vaso-motrices et des états congestifs des centres nerveux. Beard conseille des doses assez fortes. Quelques doses seulement suffiraient pour traiter la migraine et la céphalée neurasthénique. Il faudrait prolonger l'usage de l'ergotine dans les cas de neurasthénie génitale avec spermatorrhée et irritabilité de la prostate.

L'*arsenic* devrait être administré pendant des semaines et des mois, et même jusqu'à l'apparition des effets physiologiques de ce médicament. Beard le considère comme un remède précieux dans les cas d'épuisement nerveux. Il donne la liqueur de Fowler, celle de Valangin et aussi le chlorophosphate de la pharmacopée anglaise.

Le *chanvre indien*, que Beard voudrait tirer d'un oubli

[1] Hayem, *Du sang et de ses altérations anatomiques*, Paris, 1882, p. 701.

immérité, serait d'une grande efficacité dans la plupart des états neurasthéniques et conviendrait encore dans les cas de céphalée et de migraine.

La *caféine* est prescrite sous forme de citrate de caféine, à la dose 18 à 30 centigrammes. Ce serait un bon remède de la migraine, de la rachialgie et de la dépression générale des centres nerveux. Comme elle peut troubler le sommeil, il faut la donner dans la matinée. Elle ne produirait pas les effets fâcheux qu'on lui a souvent reprochés. Beard a fait une enquête parmi les gens dont la profession est de déguster les thés et les cafés ; or ces gens-là ne seraient pas plus exposés que les autres à présenter des phénomènes d'intoxication. La vérité serait que certaines personnes ont une idiosyncrasie particulière à l'égard du thé et du café. Chez ces personnes, la caféine produit le caféisme, dont les symptômes sont tout à fait comparables à ceux de la neurasthénie. On peut même dire qu'il s'agit d'un état neurasthénique provoqué par le thé ou le café.

La *coca* aurait les mêmes indications que la caféine. Elle relève les forces défaillantes du système nerveux ; elle diminue la sensation d'abattement après une nuit sans sommeil.

Le *zinc* serait un sédatif très efficace. Beard en fait grand usage dans les cas où dominent les symptômes d'excitation. Il emploie un mélange de bromure, de valérianate et d'oxyde de zinc.

La *duboisine* possède une action comparable, mais non tout à fait semblable, à celle de l'atropine. Elle serait très efficace contre les hypéridroses.

La *strychnine* devrait être employée avec circonspection. Beard ne la prescrit pas souvent. Nous avons vu que, seule ou associée à la quinine, au fer ou à l'ergotine, la

strychnine peut être utile dans le traitement des neurasthénies génitales.

L'*opium* donnerait de bons résultats chez les neurasthéniques qui ont une tendance marquée à l'hypocondrie et à la mélancolie. Mais il est fort dangereux, comme la morphine, et il faut grandement en surveiller l'usage. Il est très imprudent de laisser entre les mains d'un neurasthénique une seringue de Pravaz et une solution de morphine. C'est parmi ces neurasthéniques auxquels le médecin a fait une fois une injection de morphine, que se recrute le plus grand nombre des morphinomanes.

L'*alcool* stimule les forces du système nerveux. Dans quelques cas, où les médicaments du sommeil sont sans effets, il pourrait agir, d'après Beard, à la façon d'un véritable hypnotique. Absorbé dans la matinée, il dissipe parfois l'abattement causé par le chloral. Mais l'alcool est encore un médicament dangereux. La plupart des neurasthéniques sont exposés à la dipsomanie.

Beard n'a pas abandonné les *acides minéraux* des anciennes pharmacopées. L'acide chlorhydro-nitrique serait un bon remède de l'oxalurie.

L'*huile de foie de morue* est moins un médicament qu'un aliment. Beard la considère comme l'aliment par excellence des nerfs et des centres nerveux. Il fait prendre à ses neurasthéniques de notables quantités d'huile de morue émulsionnée.

Les *phosphates* paraissent indiqués *a priori*, dans une maladie nerveuse qui s'accompagne souvent de phosphaturie. Ils n'ont pas donné les résultats attendus, et la valeur en a été exagérée. Ils peuvent avoir une certaine action favorable, mais cette action n'a rien de spécifique.

Le *koumis* serait un excellent moyen de faire absorber

du lait et de l'alcool aux neurasthéniques. Ce serait pour eux un aliment précieux, qui ne trouble pas la digestion et ne fatigue pas l'estomac. Il aurait encore la propriété de favoriser le sommeil.

Tels sont les divers agents que nous pouvons mettre en œuvre dans le traitement de la neurasthénie. On voit que les agents physiques l'emportent de beaucoup, par la valeur sinon par le nombre, sur les agents pharmaceutiques. La combinaison de ces moyens thérapeutiques nous permet de remplir les indications auxquelles donnent naissance les associations des très nombreux symptômes neurasthéniques.

Cependant tous ces symptômes peuvent être rangés en deux catégories: les uns sont des phénomènes d'excitation, les autres des phénomènes de dépression. De là, deux indications fondamentales, en apparence contradictoires: calmer et stimuler le système nerveux. Or, parmi les agents que nous avons étudiés, les uns ont une action sédative, les autre une action stimulante.

Le mode d'application et de combinaison de ces moyens de traitement, ainsi que les résultats qu'il est possible d'en obtenir, dépendent évidemment, dans chaque cas particulier, de l'habileté, du jugement et du tact du praticien. C'est bien de la neurasthénie qu'il est permis de dire; elle est améliorée ou guérie, bien plus par le médecin, que par la médecine elle-même.

V. TRAITEMENT DE L'ATONIE GASTRO-INTESTINALE

J'ai précédemment décrit les deux formes ou degrés de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. L'amaigrisse-

ment, la perte des forces, les troubles sérieux de la nutrition générale, parfois l'existence de la dilatation de l'estomac et de l'entéroptose, tels sont les caractères propres au second degré, à la forme grave. Si le traitement général de l'épuisement nerveux peut suffire pour obtenir l'amélioration durable, et même la guérison, de la forme légère, il n'en est plus de même quand il s'agit du second degré ou de la forme grave; il est alors nécessaire d'associer à ce traitement général, un traitement local, spécialement dirigé contre les troubles des fonctions digestives. J'aurai donc particulièrement en vue le traitement de cette forme grave.

Alimentation. — La première chose à faire, c'est de régler l'alimentation. Il n'y a aucun avantage à multiplier le nombre des repas, comme le conseillent quelques médecins, de façon à diminuer la quantité des aliments à chaque repas. Ces repas nombreux ont l'inconvénient de solliciter sans cesse l'activité de l'estomac malade. Or, de longues périodes de repos sont d'autant plus nécessaires, que les sécrétions gastriques sont ralenties et que les tuniques musculaires ont plus ou moins perdu de leur tonicité.

Trois repas par jour sont suffisants. Le repas du matin a lieu vers sept ou huit heures. Il est composé d'aliments liquides ou demi-liquides, choisis parmi les suivants : potage de pâtes assez épais et sans pain, lait, café au lait avec peu de café, thé au lait peu chargé, et je conseille d'y joindre un ou deux œufs crus ou presque crus, également sans pain. Ce premier repas est généralement bien toléré et ne provoque aucun malaise. Les aliments qui le composent sont, en effet, choisis de façon à réduire au minimum la congestion physiologique de la muqueuse

stomacale, congestion que provoquent toujours les aliments dont la digestion s'opère principalement dans l'estomac. Le repos de cet organe est donc à peine interrompu. Beaucoup de neurasthéniques sont soulagés après ce premier déjeûner ; ils voient diminuer ou même disparaître ces sensations de lassitude et d'accablement avec lesquelles ils avaient quitté leur lit. — Le principal repas a lieu à midi. C'est une vieille coutume, généralement abandonnée dans les villes, à laquelle doivent revenir les neurasthéniques et la plupart des dyspeptiques. Le goûter de quatre ou cinq heures est supprimé toujours. Le patient ne doit rien prendre, ni boissons ni aliments, dans l'intervalle de ses repas. — Le souper est reculé jusqu'à sept heures du soir. Ce long intervalle entre le dîner et le repas du soir est nécessaire à l'achèvement de la digestion gastrique, laquelle, dans les cas anciens et graves, n'est même pas encore entièrement accomplie au bout de six à sept heures. Ce repas du soir est notablement moins copieux que celui de midi, et le patient ne doit se mettre au lit que trois heures au moins après l'avoir terminé. Se coucher trop tôt a des inconvénients; pendant les premières heures du sommeil, la digestion stomacale est ralentie, le patient se réveille au milieu de la nuit, et cette aggravation des troubles dyspeptiques est une cause d'insomnie. — Ces préceptes touchant la distribution des repas ont été formulés d'une façon très précise par M. Bouchard [1], à propos du traitement de la dilatation de l'estomac. Je les crois très applicables au traitement de l'atonie gastro-intestinale des neurasthéniques.

Il importe beaucoup que le malade consacre aux repas

[1] Bouchard, *Les auto-intoxications*, Paris, 1887.

un temps suffisant, près d'une heure pour le repas de midi, une demi-heure à trois-quarts d'heure pour celui du soir, et qu'il pratique une mastication et une insalivation très complètes des aliments. Beaucoup de dyspepsies sont dues à la fâcheuse habitude de manger vite et de ne mâcher que d'une façon très imparfaite. Il est certain que cette habitude aggrave les symptômes gastriques de l'atonie gastro-intestinale. Si les dents sont mauvaises ou en nombre insuffisant et que le malade ne puisse faire usage de dents artificielles, je conseille de hacher toutes les viandes, tous les aliments solides, et je recommande au patient de garder chaque bol alimentaire dans sa bouche aussi longtemps que s'il devait le soumettre à une véritable mastication. Il est utile, en effet, que ce bol alimentaire soit convenablement insalivé. Tout dyspeptique doit se préoccuper de l'hygiène de sa bouche, et se nettoyer les dents fréquemment, avant et après chaque repas. Cette pratique n'est pas superflue dans les cas d'atonie gastro-intestinale. Les dents malpropres sont le refuge d'une foule de microbes qui, déglutis avec les aliments et la salive, peuvent aisément, dans un estomac dont les mouvements sont ralentis et les sécrétions insuffisantes, devenir la cause de fermentations anormales, lesquelles aggravent encore les troubles digestifs d'origine nerveuse.

Choix des aliments. — Le choix des aliments est, on le conçoit de reste, d'une importance capitale. Aujourd'hui, beaucoup de médecins recommandent aux dyspeptiques de faire un usage prépondérant de la viande et des œufs; les végétaux sont plus ou moins complètement proscrits. C'est la diète carnée, à peine mitigée. Je ne partage point cette opinion. Il y a quelques années, j'ai souvent conseillé le régime carné; depuis, j'y ai tout à fait renoncé. Il

agit d'une façon fâcheuse sur la nutrition. En quelques semaines, les malades maigrissent, perdent les forces qui leur restent et souffrent d'une constipation encore plus prononcée. J'ai été particulièrement frappé de l'amaigrissement rapide; j'ai vu des patients qui, sous l'influence de ce régime exclusif, perdaient deux ou trois kilogrammes de leur poids dans l'espace d'un mois. Cette perte de poids est d'autant plus fâcheuse que, dans le second degré de l'atonie gastro-intestinale, les malades sont déjà fort amaigris.

Sur ce point l'examen du chimisme stomacal nous donne de précieux renseignements. Il nous montre que, chez les malades atteints d'hypersécrétion continue du suc gastrique et d'hyperchlorhydrie, la viande, les œufs et les substances albuminoïdes sont très activement digérés dans l'estomac. Deux heures après le repas d'épreuve composé de pain, de viande et d'eau, la bouillie stomacale ramenée par la sonde ne contient plus guère que du pain. La diète carnée convient donc à ces dyspeptiques dont l'estomac sécrète beaucoup de suc gastrique très actif. Tel n'est pas l'estomac des neurasthéniques dont la sécrétion est ralentie, insuffisante, anachlorhydrique, ou du moins très pauvre en acide chlorhydrique libre. Plusieurs heures après le repas d'épreuve, le contenu stomacal est encore composé d'une grande quantité de viande, dont les fragments sont intacts ou à peine attaqués par le suc gastrique. De plus, ce contenu stomacal filtré donne un liquide qui ne digère pas le blanc d'œuf cuit, ou ne le digère qu'à la condition d'être additionné d'une solution d'acide chlorhydrique. Il serait donc tout à fait illogique de donner à un tel estomac un aliment unique et précisément celui qu'il n'est plus apte à digérer.

De cette insuffisance des sécrétions gastriques, il ne faut pas conclure à la suppression complète de la viande et des albuminoïdes. Ce sont des aliments nécessaires à la nutrition générale. S'ils ne sont pas ou sont peu digérés dans l'estomac, ils pourront l'être dans le duodénum, par l'action du suc pancréatique suppléant à l'insuffisance du suc gastrique. Seulement, il ne faut pas que l'alimentation soit exclusivement composée de matières albuminoïdes, car, du moins chez les dyspeptiques, l'aliment qui n'est pas du tout digéré dans l'estomac y séjourne plus longtemps, en trouble le repos entre les périodes d'activité digestive, et en favorise également la dilatation. D'ailleurs les autres substances alimentaires sont nécessaires aussi à la nutrition générale, et particulièrement chez les neurasthéniques amaigris.

Un régime mixte et varié est donc préférable aux régimes exclusifs. Il s'agit seulement de faire un choix judicieux des aliments, fondé sur les données que nous a fournies l'exploration méthodique du chimisme stomacal. L'absence habituelle de l'acide chlorhydrique libre expose la bouillie alimentaire aux fermentations acides. Il faut donc préférer les aliments très peu susceptibles de subir de telles fermentations. J'ai indiqué déjà ceux qui conviennent pour le déjeuner du matin. Voici l'énumération de ceux entre lesquels le malade peut choisir pour composer les repas de midi et du soir : volailles rôties ou bouillies, jeunes et très cuites ; poissons maigres frits avec très peu de beurre ; œufs frais très peu cuits ; chair de veau rôtie, très cuite ; riz de veau dépouillé de la graisse et préparé sans vinaigre ; viande de bœuf très tendre (battue avant la cuisson), rôtie ou braisée, très cuite ; viande de mouton suffisamment cuite, rôtie ; végétaux frais très cuits, cuits

à l'eau pendant plusieurs heures, puis passés rapidement au beurre très frais; purées très cuites et bien passées de lentilles, de pommes de terre, de pois, de châtaignes; pâtes alimentaires très cuites, en plats ou en potages épais; pain rassis, très cuit, en quantité modérée; fromage très frais de vache ou de chèvre, en petite quantité; fruits très cuits; confitures très cuites; comme fruits crus, des pêches, des fraises, des raisins très murs. J'ai souvent constaté l'exactitude de cette proposition de M. Bouchard sur la digestibilité des fruits crus; ce sont, en effet, les fraises, les pêches et les raisins que les dyspeptiques anachlorhydriques digèrent le mieux.

On voit que de ce régime mixte sont écartés les mets de haut goût, les apprêts compliqués, les légumes crus, certains féculents, les fromages de conserve, les graisses et les aliments gras, c'est-à-dire la plupart des aliments qui fermentent facilement dans un estomac privé d'acide chlorhydrique libre.

Cependant la proscription des graisses ne doit pas être absolue ni indéfiniment prolongée. Elles constituent un aliment nécessaire à la nutrition, et les neurasthéniques ont particulièrement besoin de cet aliment. Il faut choisir des graisses très pures et qui n'aient pas déjà subi un commencement de fermentation. C'est pour cette raison que la graisse de la viande de bœuf et de mouton me paraît préférable à la plupart des autres substances grasses. De temps en temps, je permets au malade de ne pas rejeter complètement les parties grasses de cette viande. Je conseille bien plus rarement le beurre, car, même quand il paraît frais, il a presque toujours subi un commencement de fermentation. J'ai d'ailleurs constaté que le beurre est moins bien toléré que la graisse des viandes de bœuf et de

mouton. En outre il est probable que la fermentation butyrique est une de celles qui se produisent le plus facilement dans l'estomac. La bouillie alimentaire retirée des estomacs anachlorhydriques présente presque toujours une odeur de beurre rance très nette et très prononcée. J'ai constaté cette odeur dans un grand nombre d'analyses du liquide gastrique.

Les végétaux très cuits et surtout les purées de quelques légumes, tels que les lentilles, conviennent particulièrement dans les cas où la constipation est très prononcée. On sait d'ailleurs que la digestion des fécules n'est pas ralentie dans l'estomac anachlorhydrique; elle y est même souvent plus active qu'à l'état normal. Il est encore utile de rompre de temps en temps la monotonie du régime et de permettre par exemple un peu de jambon maigre ou de gibier non faisandé. L'usage intermittent et très modéré de quelques mets excitants peut exercer une stimulation favorable sur la muqueuse gastrique et contribuer à en rétablir la sécrétion. C'est pour cette raison qu'il convient de ne pas proscrire les condiments usuels, le sel, le poivre et la moutarde. A doses modérées, ces condiments sont bien tolérés. Ils ont d'ailleurs une certaine action antiseptique dans l'estomac anachlorhydrique, et peuvent modérer les fermentations acides. Plusieurs de mes malades ont fait cette observation. Le sel paraît même indiqué, puisque l'acide chlorhydrique libre fait défaut. Cependant la quantité doit en être modérée. De fortes doses de sel ne font pas réapparaître l'acide chlorhydrique libre et elles ne favorisent pas la digestion. On a même accusé l'excès du sel de produire le catarrhe gastrique.

La diète lactée exclusive, souvent conseillée d'une façon banale dans le traitement des affections gastriques, ne con-

vient pas au traitement de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, surtout lorsque l'estomac est dilaté. J'ai vu quelques malades ainsi traités, et qui depuis des mois buvaient quatre à cinq litres de lait par jour. Ces énormes quantités de liquide sont loin de favoriser la rétraction de l'estomac dilaté ; de plus, elles sont souvent mal digérées, comme le prouvent les alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée, et même de diarrhée lientérique. Cependant il ne faut pas aller jusqu'à la proscription absolue du lait. Dans les formes les plus communes de l'atonie gastro-intestinale, le lait constitue un bon aliment pour le repas du matin, soit pur, soit associé à une petite quantité de thé ou de café.

Quantité des aliments. — Assurément le patient doit manger modérément et ne pas surcharger son estomac affaibli d'une trop grande quantité d'aliments. C'est précisément pour lui permettre de faire à midi un repas un peu moins copieux, et cependant suffisant, que je lui recommande d'ajouter deux œufs frais presque crus au déjeuner du matin. — Le médecin ne doit pas négliger de s'enquérir de la ration alimentaire habituelle du malade. Chez beaucoup de neurasthéniques dyspeptiques, elle est devenue insuffisante, et cette insuffisance contribue à l'amaigrissement et à la perte des forces, probablement autant que les troubles digestifs eux-mêmes. D'ailleurs, si la nutrition générale reste à ce point imparfaite, il y a peu de chances de voir se rétablir les sécrétions gastriques. C'est un cercle vicieux dont les malades doivent sortir, s'ils veulent obtenir la guérison ou même une simple amélioration de leur état. Ils mangent de moins en moins parce qu'ils ont remarqué qu'un repas très léger est suivi de malaises moindres, et, avec cette aptitude à l'autosuggestion qui les

caractérise, ils arrivent à placer dans l'estomac la cause de toutes leurs souffrances et à réduire leur alimentation d'une façon dangereuse. Il faut donc les convaincre de la nécessité de manger davantage, même au prix de quelques malaises. Sur ce point, l'autorité morale du médecin, s'il a déjà su l'établir, trouve matière à s'exercer. Les agents thérapeutiques que j'indiquerai tout à l'heure et le choix judicieux des aliments permettent le plus souvent d'augmenter graduellement la ration alimentaire. Dans les cas graves et anciens d'atonie gastro-intestinale, s'il est réellement impossible d'accroître la quantité des aliments ingérés, on peut recourir aux lavements alimentaires, au moins momentanément, et jusqu'à ce qu'un traitement local ait amélioré les fonctions de l'estomac.

Boissons. — Il faut encore se préoccuper des boissons, et sur ce point, comme sur l'alimentation, donner au malade des indications précises. Dans les cas de dilatation prononcée de l'estomac, M. Bouchard recommande beaucoup de réduire la quantité des boissons au minimum possible. Le malade ne boit pas au premier repas du matin, et, à chacun des deux repas de midi et du soir, il n'absorbe que 300 à 350 grammes de liquide, soit trois quarts de litre environ en vingt-quatre heures. La boisson est de l'eau additionnée d'un peu de bière, de vin blanc, ou de quelques gouttes de rhum. Le vin rouge est proscrit. Beaucoup de neurasthéniques supportent assez bien la privation des boissons ; cependant, même dans les cas où l'atonie s'accompagne de dilatation de l'estomac, il ne faut pas pousser trop loin la réduction des liquides ingérés. De même que la plupart des régimes exclusifs, l'extrême réduction des boissons n'est pas sans quelques inconvénients; comme le fait observer M. Bouchard lui-même, une cer-

taine quantité d'eau est nécessaire pour assurer la dépuration du sang par la voie rénale.

S'il est désirable que le neurasthénique dyspeptique boive très modérément aux repas, ce n'est pas seulement de crainte qu'une grande quantité de liquide ne favorise la dilatation de l'estomac. C'est aussi pour éviter la dilution du suc gastrique. Les dyspeptiques anachlorhydriques qui boivent beaucoup en mangeant ont plus de malaises après le repas et sont plus exposés aux fermentations acides secondaires. Aussi je conseille souvent à mes malades de restreindre le plus possible la quantité des liquides ingérés au repas, et, pour compenser cette insuffisance des boissons, de boire lentement un demi-verre à un verre d'un mélange d'eau et de limonade chlorhydrique cinq à six heures après le repas, c'est-à-dire à un moment où la digestion est assez avancée pour qu'on ait moins à craindre les effets fâcheux de la dilution d'un suc gastrique déjà très affaibli.

Du reste, dans les cas où la réduction des boissons doit être sérieuse et prolongée, il est encore un autre moyen d'en atténuer les inconvénients. J'ai recours au moyen que conseillait déjà Chomel [1]. Après avoir vidé son intestin à l'aide d'un lavement laxatif, le patient prend un lavement d'eau tiède, qu'il garde aussi complètement que possible. Ce lavement peut être répété plusieurs fois par jour, au moins deux fois, le matin avant le lever, le soir après le coucher. Il est mieux absorbé lorsque le malade est au lit.

La proscription de l'alcool et du vin ne doit pas être absolue, mais seulement temporaire. Elle n'est vraiment

[1] Chomel, *Des dyspepsies*, Paris, 1857, p. 280.

indispensable que dans les cas où l'atonie, avec ou sans dilatation de l'estomac, s'accompagne de fermentations acides prononcées. Je conseille volontiers au malade de varier sa boisson, comme il varie ses aliments. L'usage habituel des eaux vraiment alcalines m'a paru fâcheux. Il faut préférer l'eau commune, quand elle est de bonne qualité, ou les eaux de table très faiblement minéralisées. Le malade y ajoute à son gré un peu de vin rouge, de vin blanc, de bière, ou quelques gouttes d'une liqueur à son choix.

Fumer après le repas est une habitude fâcheuse pour le plus grand nombre des neurasthériques dyspeptiques. Je crois cependant que la proscription du tabac ne doit être ni absolue ni générale. On a depuis longtemps remarqué que, chez quelques personnes, l'usage intermittent et modéré du tabac produit plutôt une excitation favorable des fibres lisses de l'intestin. J'ai plusieurs fois constaté une aggravation notable de la constipation lorsque le patient cesse entièrement de fumer. Chez un de mes malades, un cigare est souvent le meilleur moyen d'obtenir l'évacuation désirée depuis plusieurs jours. Avant d'interdire absolument le tabac à un neurasthénique dyspeptique, il y a donc lieu de rechercher cette idiosyncrasie et d'en tenir compte, si elle existe réellement.

Agents thérapeutiques. — Il faut être très sobre de médicaments dans le traitement de l'atonie gastro-intestinale. La plupart des neurasthéniques, dyspeptiques depuis longtemps, quand ils consultent un nouveau médecin, lui apportent pour le mettre au courant de leur maladie, disent-ils, un volumineux paquet d'ordonnances. J'ai souvent pris un certain intérêt à les parcourir. J'ai été stupéfait de la prodigieuse quantité des drogues que les mal-

heureux ont ingérées. Remèdes du formulaire, spécialités pharmaceutiques, tout ce qui passe pour agir sur l'estomac, ils ont tout avalé, avec une résignation vraiment digne d'un meilleur résultat. Or parmi les substances médicamenteuses, la plupart sont tout à fait inefficaces et quelques-unes nuisibles ; très peu sont réellement utiles.

Les *alcalins* ne conviennent pas au traitement de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. La véritable indication des alcalins, c'est l'hypersécrétion gastrique et l'hyperchlorhydrie. Ils n'ont rien à faire dans un estomac qui ne sécrète plus d'acide chlorhydrique libre. Il est vrai que cet estomac est souvent le siège de fermentations acides, mais l'expérience prouve que la restitution artificielle au liquide gastrique de l'acide chlorhydrique qui lui fait défaut, est un moyen bien préférable pour combattre et prévenir ces fermentations. A l'automne, je reçois la visite d'un certain nombre de ces neurasthéniques dyspeptiques qui, depuis quelques semaines ou quelques mois, sont revenus de Vals ou de Vichy. Ils attendent vainement l'amélioration promise. La plupart d'entre eux ont vu leur état s'aggraver. Beaucoup de médecins prescrivent encore les eaux alcalines indistinctement dans toutes les dyspepsies. Ce ne sera pas un des moindres services rendus par les nouvelles méthodes d'investigation, que de nous avoir appris à poser sur des données précises les indications des acides et des alcalins dans le traitement des maladies de l'estomac.

La *pepsine* ne donne que des résultats nuls ou très incertains. La plupart des pepsines du commerce sont des poudres inactives. J'en ai expérimenté quelques échantillons en digestion artificielle. Le blanc d'œuf cuit est toujours resté tout à fait intact. D'ailleurs l'addition de pepsine

au liquide gastrique est le plus souvent inutile, puisque ce liquide, après la seule addition d'une solution d'acide chlorhydrique, devient très capable de digérer l'albumine cuite. La pepsine y existe donc, et probablement en quantité suffisante. — La *papaïne* et les préparations dont elle est la base sont au moins inutiles. — La *pancréatine* est plus efficace. A toutes les préparations pharmaceutiques, il faut préférer celles qu'on fait soi-même, et les plus simples sont les meilleures. J'emploie une décoction de pancréas de porc frais, dépouillé de la graisse, obtenue à la température tiède. Cette décoction est passée à travers un linge assez fort. Du liquide ainsi filtré le patient prend environ un verre à Bordeaux après le repas de midi et du soir. J'ai conseillé cette préparation pancréatique dans l'atonie gastrique des neurasthéniques et dans les dyspepsies des convalescents. Cependant je la crois inférieure à la limonade chlorhydrique.

Les *lavages de l'estomac* n'ont ici que des indications restreintes. C'est encore un moyen de traitement dont on a beaucoup abusé. Dans les cas d'atonie invétérée, l'estomac n'arrive plus à l'état de vacuité complète, et, dans cet estomac dilaté, les fermentations acides secondaires acquièrent parfois une grande activité. Ce sont là les deux seules indications des lavages dans l'atonie gastrique neurasthénique. Mais il faut se garder de les multiplier outre mesure, sous peine d'aggraver encore l'atonie de l'estomac, l'amaigrissement et la perte de forces. Pour mon compte, j'y ai très rarement recours chez les neurasthéniques dyspeptiques. Le lavage doit être envisagé, en effet, comme un traitement purement accidentel de complications intercurrentes, non comme le traitement de l'affection gastrique elle-même.

L'*acide chlorhydrique* est le véritable médicament de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique. Il n'y a pas d'états dyspeptiques où l'indication en soit plus précise. Il peut, dans une certaine mesure, rendre à la sécrétion gastrique la puissance digestive qu'elle a perdue, et il est le meilleur antiseptique du milieu stomacal, celui qui modère le plus sûrement les fermentations acides secondaires. On fait usage d'une solution de 4 à 6 grammes d'acide dans un litre d'eau, solution dont le malade boit environ un demi-verre après le repas de midi et celui du soir. Ces doses sont généralement suffisantes. J'en ai prescrit de plus fortes dans les cas de fermentations très prononcées. Quelques médecins allemands conseillent même plusieurs grammes d'acide chlorhydrique par jour. Je crois que c'est aller trop loin. Il est inutile de dépasser beaucoup la proportion physiologique de l'acide chlorhydrique du suc gastrique normal. L'excès de l'acide libre peut même devenir nuisible, comme le prouvent les troubles digestifs et les accès gastralgiques des dyspeptiques atteints d'hypersécrétion gastrique et d'hyperchlorhydrie. D'ailleurs une dose modérée de limonade chlorhydrique sera plus efficace si le patient ne prend au repas qu'une petite quantité de boisson. Le médicament doit être continué longtemps, mais avec quelques interruptions. Il est peut-être préférable de le faire prendre une demi-heure à trois-quarts d'heure après le repas, de façon à ne pas interrompre le premier stade, dit stade lactique, de la digestion stomacale. J'en fais cesser l'usage tous les mois pendant huit à dix jours, et je profite de cette période de cessation pour faire de nouvelles explorations du chimisme stomacal, explorations fort utiles à la direction ultérieure du traitement. — Comme exemple de l'efficacité

Acide chlorhydri

de l'acide chlorhydrique dans la dyspepsie anachlorhydriqué, je puis citer mon observation personnelle. Je suis dyspeptique depuis quinze ans. J'ai commencé il y a un an environ à faire l'exploration de mon chimisme stomacal. J'ai fait cette exploration dans des conditions diverses, à des intervalles variables après le repas d'épreuve. Jamais je n'ai constaté dans le liquide retiré de mon estomac la présence de l'acide chlorhydrique libre. La longue durée de ma dyspepsie et l'intégrité de ma nutrition générale me prouvent suffisamment que je ne suis pas atteint d'une affection grave de l'estomac. Je suis fort rassuré sur ce point. Depuis un an, je suis les règles de l'hygiène alimentaire que je viens d'exposer, et je fais un usage régulier de la limonade chlorhydrique. Jamais je n'ai obtenu une semblable amélioration. A certaines époques, je puis me croire entièrement guéri. Mais il me suffit de cesser l'acide chlorhydrique pendant plusieurs jours et de faire usage de graisses et de certains aliments féculents pour provoquer le retour des fermentations acides. Je sais par expérience qu'il est fort difficile d'obtenir la réapparition de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac, du moins quand elle a cessé depuis longtemps.

Un autre moyen de stimuler les fonctions languissantes de l'estomac consiste à appliquer au patient, une demi-heure environ avant le principal repas, l'un des *procédés hydrothérapiques* qui conviennent au traitement des états neurasthéniques, comme l'enveloppement dans le drap mouillé, la lotion froide, ou mieux encore la douche en pluie, la douche en jet brisé modérée, froide ou alternativement chaude et froide, le jet et la pluie étant particulièrement dirigés sur la région abdominale. La réaction générale qui suit l'application extérieure du froid, s'accom-

pagne d'une stimulation plus ou moins prononcée de toutes les fonctions et aussi des fonctions digestives. Chez un neurasthénique anorexique, j'ai réussi par ce procédé très simple à ramener la sensation de la faim.

Électrisation de l'estomac. — Il était naturel d'appliquer l'électrisation au traitement de l'atonie gastrique des neurasthéniques. On pouvait bien penser, en effet, que les courants électriques seraient capables de stimuler la sécrétion et la motilité de l'estomac. Cette méthode n'a pas été beaucoup expérimentée en France. Elle l'a été davantage en Allemagne. Divers procédés ont été décrits par M. Leube, M. Burkart, M. Kussmaul, M. Erb, M. Ziemssen et d'autres observateurs encore. Ils ont employé les courants faradiques et les courants continus. Tous ces procédés ne diffèrent pas beaucoup les uns des autres ; ceux de M. Ziemssen et de M. Erb me paraissent préférables.

M. Ziemssen[1] recommande de se servir de très grandes électrodes, d'une surface de 500 et 600 centimètres carrés, formées d'une plaque métallique légèrement recourbée et garnie de peau ou d'éponge. Ces électrodes sont donc plus grandes que la main ; elles ont de 20 à 25 centimètres de côté. La plus grande est placée sur la paroi antérieure de l'abdomen, du pylore vers le grand cul-de-sac de l'estomac, la plus petite en arrière, du grand cul-de-sac vers la colonne vertébrale. Elles correspondent ainsi aux deux parois de l'estomac, et les bords n'en sont séparés l'un de l'autre que par un très court intervalle. La grande surface des électrodes assure la pénétration et l'efficacité du courant. Le passage du courant faradique et les com-

[1] Ziemssen, *Klinische Vorträge*. V. *Ueber die physikalische Behandlung chronischer Magen- und Darmkrankheiten*, Leipzig, 1888.

mutations du courant continu provoquent de fortes contractions des muscles du dos et de la paroi abdominale. — Je me suis plusieurs fois servi des grandes électrodes de M. Ziemssen pour l'application du courant continu. J'ai placé ordinairement le pôle positif en arrière et le négatif en avant. M. Leube place les pôles en sens contraire et fait passer des courants assez forts. Chez mes malades, la séance avait lieu de préférence immédiatement avant le repas et durait de quinze à vingt minutes, avec ou sans interruptions. J'ai eu des résultats assez satisfaisants. Dans un cas, j'ai même pu obtenir, au bout d'un mois de cette galvanisation locale, une diminution, peu prononcée mais très réelle, d'une dilatation de l'estomac qui date de plusieurs années.

M. Erb [1] place une grande électrode au dos, contre les apophyses épineuses, à la hauteur du cardia, et, avec l'autre électrode plus petite, il touche successivement l'épigastre et tous les points de la paroi antérieure de l'estomac. Si l'électrisation est pratiquée avec les courants faradiques, ces courants doivent être assez énergiques pour déterminer de fortes contractions des muscles abdominaux. S'il s'agit de galvanisation, le pôle positif est fixe en arrière, et le pôle négatif est promené sur la paroi antérieure de l'estomac. La séance dure huit à dix minutes, elle est répétée tous les jours, et, si l'on pratique le lavage de l'estomac, elle a lieu aussitôt après cette opération.

Pour obtenir une action plus directe sur les muscles et les glandes gastriques, on a proposé de faire pénétrer une des électrodes dans la cavité même de l'estomac, à l'aide d'une sonde spéciale, et après y avoir introduit une certaine

[1] Erb, *Traité d'électrothérapie*, *loc. cit.*, p. 617.

quantité d'eau légèrement salée. Ce procédé n'a aucun avantage sur l'application extérieure des courants. Je ne l'ai point mis en usage. Mais M. Ziemssen qui l'a souvent expérimenté l'a tout à fait abandonné. Il a d'ailleurs l'inconvénient d'être bien plus pénible à supporter, inconvénient dont il y a lieu de tenir compte puisque l'opération est, dans quelques cas, pratiquée tous les jours.

A l'électrisation locale de l'estomac, M. Erb recommande de joindre les applications de l'électricité précédemment décrites, la faradisation générale de Beard et Rockwell, la galvanisation cervicale du pneumogastrique et du sympatique, la galvanisation centrale de Beard. Ce complément du traitement de l'estomac peut être fort utile, car l'atonie gastro-intestinale s'accompagne le plus souvent de beaucoup d'autres symptômes de la neurasthénie.

Constipation. — La constipation qui fait très rarement défaut, témoigne de la participation du gros intestin à l'atonie gastro-intestinale. La diminution et la disparition de la constipation sont toujours des signes d'un pronostic favorable, et qui coïncident généralement avec une amélioration parallèle des troubles gastriques. Il y a donc intérêt à traiter la constipation.

L'emploi systématique des *purgatifs* est inefficace et même nuisible. Plusieurs de mes malades ont subi ce traitement systématique ; pendant un an à dix-huit mois, ils ont pris régulièrement, tous les jours, soit un purgatif salin, soit une certaine dose d'un drastique. Les résultats sont loin d'être favorables. La constipation est aussi tenace qu'auparavant ; les troubles digestifs et ceux de la nutrition générale sont plutôt aggravés.

La constipation est un trouble d'une fonction spéciale, la défécation, et cette fonction appartient au gros intestin.

C'est donc à cet organe que doit s'adresser un traitement systématique. N'est-il pas tout à fait illogique pour vider le gros intestin d'agir sur toute la longueur du tube digestif, de troubler par conséquent les fonctions de l'estomac et celles de l'intestin grêle ? L'absorption intestinale est ralentie dans la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale, comme le prouvent bien l'amaigrissement et la perte des forces. Ce n'est pas un moyen sûr d'activer cette absorption que celui qui consiste à provoquer tout à la fois une exsudation séreuse par la muqueuse et une évacuation rapide et brutale de tout le contenu de l'intestin grêle. A ce point de vue, la purgation systématique est aussi fâcheuse que la répétition immodérée des lavages de l'estomac. Un amaigrissement progressif est la conséquence ordinaire de ces deux abus thérapeutiques.

Les purgatifs salins sont de tous les moins appropriés au traitement de cette constipation de l'atonie gastro-intestinale. Ils agissent surtout en produisant des effets exosmotiques, c'est-à-dire une spoliation séreuse ; ils n'augmentent ni la force ni la fréquence des mouvements péristaltiques de l'intestin[1], et, plus que tous les autres, ils engendrent la constipation secondaire. Aussi, quand on se décide à purger un neurasthénique dyspeptique, ce qu'il ne faut faire qu'à de rares intervalles, vaut-il mieux prescrire quelques doses modérées de rhubarbe, d'aloès, de podophylle. Ces substances passent du moins pour posséder une certaine action excitante sur les nerfs et les fibres musculaires du tube digestif.

Les *lavements* ont sur les purgatifs l'avantage de s'a-

[1] Legros et Onimus, *Journal d'anat. et de phys.* de Ch. Robin, 1869, 190.

dresser directement à l'organe qui ne fonctionne pas, le gros intestin, et seulement à cet organe. Les lavements froids sont préférables; ils sont composés d'eau pure, de macération de graines de lin, d'eau et de glycérine. Ils doivent être d'un faible volume; la pénétration d'une grande quantité de liquide dilate l'ampoule du rectum et en augmente encore l'atonie habituelle. Les lavements procurent des évacuations, mais l'efficacité en est tôt ou tard diminuée, et ils n'ont pas une action suffisante, même quand ils sont composés d'une petite quantité d'eau froide, sur l'atonie elle-même du gros intestin.

Lorsque cette constipation de l'atonie intestinale des neurasthéniques est ancienne et prononcée, deux moyens méritent plus de confiance, le massage et l'électrisation. — Le *massage* de l'abdomen a lieu chaque matin, au réveil, le patient étant encore au lit. Je l'ai déjà décrit à propos du traitement systématique de M. Weir Mitchell. Il se compose de pressions et de frictions de plus en plus énergiques, excercées avec l'extrémité des deux mains réunies, sur le gros intestin, dans le sens des mouvements péristaltiques, depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque, c'est-à-dire de la fosse iliaque droite à la gauche, en passant par les hypocondres. Du reste, le relâchement et l'amaigrissement de la paroi abdominale permettent de sentir assez bien la corde formée par les divers segments du gros intestin rétracté. Ces frictions sont répétées, toujours dans le même sens, pendant vingt ou trente minutes. Elles ont un double résultat; elles font cheminer d'une façon toute mécanique les masses stercorales retenues dans les ampoules du côlon, et elles provoquent des contractions de la tunique musculeuse. J'ai vu plusieurs fois, dans des cas de constipation rebelle, chaque séance de massage suivie d'une évacuation.

On peut terminer la séance par des pressions et des malaxations modérées, exercées au niveau de la région ombilicale, sur la masse de l'intestin grêle.

Électrisation du gros intestin — L'électricité agit plus sûrement encore que le massage sur les nerfs et les muscles de l'intestin. En France, Duchenne de Boulogne a depuis longtemps appelé l'attention sur le traitement électrique des occlusions intestinales et des constipations habituelles. En Allemagne, M. Erb, M. Bénédikt et M. Stein ont bien mis en lumière les avantages et l'efficacité de ce traitement de l'atonie du gros intestin.

Pour l'application du courant continu, la grande électrode représentant le pôle positif est placée et reste fixe en arrière, à la hauteur des premières vertèbres lombaires, tandis que l'électrode plus petite, le pôle négatif, est placée successivement sur différents points de la paroi abdominale antérieure, sur le trajet du gros intestin, et particulièrement sur les deux fosses iliaques, au niveau desquelles il est bon d'exercer un certain degré de pression, comme pour arriver au contact du cæcum et de l'S iliaque. On peut à plusieurs reprises ouvrir ou fermer le courant, ou encore en renverser la direction. Les malades n'ont généralement entre les mains que de petits appareils très simples et qui ne permettent que des ouvertures et des fermetures du circuit. La séance a lieu le matin, au lit, et dure dix à quinze minutes. Pour mieux localiser l'action du courant sur le gros intestin, on a conseillé d'y faire pénétrer préalablement un lavement d'eau tiède légèrement salée, que le patient garde pendant toute la durée de la séance. Cette méthode est d'une application très facile, et le patient peut l'exécuter lui-même, chaque matin, sans l'intervention quotidienne de son médecin.

De la même manière on peut faire agir le courant faradique. Il est cependant moins facilement supporté, et on est parfois obligé d'y renoncer, du moins chez les neurasthéniques très excitables. Avec une grosse électrode-éponge ordinaire, il est plus facile qu'avec les plaques métalliques de déprimer la paroi abdominale et de faire agir le courant faradique sur le cæcum, l'S iliaque et les différents points du gros intestin. Le courant doit être assez fort, mais il faut éviter cependant de produire de trop vives contractions des muscles abdominaux. La séance dure cinq à huit minutes. M. Erb conseille de la terminer par l'application d'un courant transversalement dirigé, de l'un à l'autre hypocondre.

C'est Duchenne de Boulogne [1] qui le premier eut l'idée de faire pénétrer un des pôles dans le rectum, à l'aide d'une électrode spéciale qu'il appelait *réophore rectal*. Cette électrode est une tige métallique terminée par un bouton, et elle est enveloppée d'une sonde percée de trous à l'extrémité libre pour le passage du courant. Il faut préalablement vider l'ampoule rectale des matières qu'elle contient, puis y faire pénétrer une certaine quantité d'eau tiède très légèrement salée. La sonde-électrode est introduite jusqu'à six ou huit centimètres dans le rectum. Elle y est généralement bien supportée et ne produit pas de sensations réellement douloureuses. Duchenne plaçait l'autre électrode autour de l'anus, et pratiquait ainsi la faradisation localisée des muscles du rectum. C'est à la paralysie de ces muscles qu'il attribuait la constipation chronique. Peut-être ce procédé mériterait-il d'être conservé. Aujourd'hui, quand on pratique la faradisation du gros intestin avec l'électrode

[1] Duchenne de Boulogne, *Électrisation localisée*. 3e éd., Paris, 1870.

intra-rectale, l'autre électrode est promenée sur la paroi abdominale qu'elle déprime pour arriver au contact du cæcum et des divers segments du côlon. Chaque séance dure quelques minutes seulement. L'énergie de la contraction des muscles abdominaux donne la mesure approximative de la force du courant. Ce procédé est plus efficace encore que l'application des deux électrodes sur la peau. Mais il n'est pas toujours facilement accepté. — La même électrode rectale sert aussi à la galvanisation du gros intestin. Le pôle négatif est manœuvré sur la paroi abdominale antérieure de la même manière que pour la faradisation. M. Erb conseille de faire des interversions répétées du courant continu et de ne pas prolonger les fermetures du circuit, de crainte de produire des escarres de la muqueuse rectale.

L'électrisation ne doit pas être envisagée seulement comme un traitement accidentel de la constipation, destiné à faciliter de temps en temps une évacuation rebelle. C'est un traitement qui s'adresse à l'atonie de l'intestin, c'est-à-dire à la cause même de la constipation. Il faut donc l'appliquer avec méthode, et pendant un temps suffisant. On peut employer l'un ou l'autre courant ou alternativement les deux courants chez le même malade. Le faradique passe pour plus efficace que le galvanique, et il est aujourd'hui généralement préféré. — Les différents procédés que j'ai indiqués permettent de graduer l'énergie de l'électrisation. On a recours à l'électrode intra-rectale dans les cas tout à fait rebelles.

Sans doute, il y a des constipations chroniques, et j'en ai vu, qui résistent au traitement électrique comme à beaucoup d'autres traitements. Mais le plus souvent les résultats obtenus sont favorables, à la condition toutefois que

les courants soient employés avec persévérance et que le médecin en surveille l'application. L'ouvrage de M. Erb contient plusieurs observations de guérison durable. J'ai vu moi-même un certain nombre d'améliorations et de guérisons, bien que je me sois toujours servi du courant galvanique, moins actif que le faradique. Le résultat n'est pas toujours immédiat, même dans les cas où il doit être très satisfaisant. Cependant il n'est pas rare que les premières séances soient régulièrement suivies d'une évacuation. Mais il faut des semaines, et même des mois, d'un traitement méthodique pour arriver à la guérison ou à l'amélioration durable de l'atonie du gros intestin.

Complications de l'atonie gastro-intestinale. — J'ai décrit les trois complications communes de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique ; la dilatation de l'estomac, l'entérite glaireuse et l'entéroptose. Elles nécessitent souvent un traitement particulier. — Le traitement de la *dilatation de l'estomac* est le même que celui de l'atonie gastrique, et je l'ai précédemment exposé. Il se compose d'un certain régime alimentaire, de la réduction des liquides ingérés, de l'électrisation de l'estomac, moyens auxquels on peut joindre la compression de la région sous-ombilicale avec la sangle de M. Glénard. L'électrisation est naturellement plus nécessaire encore dans la dilatation que dans la simple atonie gastrique.

La *colite glaireuse* est le plus souvent améliorée par le traitement qui réussit à combattre heureusement la constipation. Cependant, lorsque cette complication est ancienne et prononcée, le massage doit être pratiqué avec modération, et il vaut mieux ne recourir qu'à l'électrisation. La muqueuse est enflammée, et la présence de points douloureux sur le trajet du côlon, ainsi que le mélange

d'un peu de sang aux mucosités, doit faire craindre la présence de quelques érosions que pourraient aggraver les frictions et les pressions exercées sur l'intestin malade.

On a conseillé d'agir directement sur la muqueuse avec des lavements de bromures, de térébenthine, de nitrate d'argent. On a même proposé l'usage interne de petites doses de sublimé. J'ai employé la plupart de ces moyens sans grands résultats. De tous les lavements médicamenteux, celui qui m'a paru le mieux réussir est un lavement de 400 à 500 grammes d'eau tiède contenant 4 à 6 grammes de chlorate de potasse. Ce lavement doit être pris, le patient étant au lit, le matin, après l'évacuation, spontanée ou provoquée, des matières accumulées dans le gros intestin; il est gardé le plus longtemps possible, une demi-heure à une heure au moins. On en répète l'usage par série de cinq à six jours, particulièrement après les crises, quelquefois fébriles et douloureuses, au milieu desquelles sont éliminées les masses glaireuses. Dans un cas récent, ce traitement, prolongé pendant plusieurs mois, a donné une guérison à peu près complète; du moins la constipation a beaucoup diminué et les crises douloureuses sont devenues beaucoup plus rares.

Dans les crises fébriles ou dysentériformes de l'entérite glaireuse, le salol me paraît être un très bon médicament. On sait qu'il réussit fort bien dans le traitement de certaines diarrhées et particulièrement de la dysenterie. Au moment où ils éliminaient de grandes quantités de mucosités, j'ai prescrit à quelques malades atteints de colite glaireuse, l'usage interne de 3 à 4 grammes de salol par jour, pendant trois ou quatre jours consécutivement. Dans un cas que je viens d'observer, le résultat a été très satisfaisant : en deux ou trois jours, la fièvre est tombée,

les phénomènes dysentériformes ont cessé et l'appétit a reparu.

Le relâchement de la paroi abdominale, un des principaux éléments de l'*entéroptose*, existe fréquemment, surtout lorsque le patient est très amaigri et que l'atonie gastro-intestinale dure depuis longtemps. M. Glénard a fort bien démontré le rôle que joue cet affaiblissement de la paroi abdominale dans la pathogénie de l'entéroptose elle-même, ainsi que des malaises et des douleurs dont souffrent dans l'abdomen les neurasthéniques dyspeptiques.

Augmenter la tension abdominale diminuée, c'est là très certainement une importante indication du traitement, et M. Glénard l'a très ingénieusement remplie à l'aide de sa sangle hypogastrique. C'est une large bande de tissu ferme et résistant, maintenue par des sous-cuisses, et qui exerce une forte compression sur la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale. Beaucoup de malades sont remarquablement soulagés par l'usage constant de cette sangle hypogastrique. Chez certaines femmes neurasthéniques, les sensations pénibles dans l'abdomen, dues sans doute au prolapsus des viscères, s'élèvent parfois jusqu'aux proportions de véritables douleurs, vives, intolérables, dès que la station verticale est prolongée pendant quelques minutes. Or, l'expérience prouve que ces sensations pénibles et ces douleurs sont beaucoup atténuées, quelquefois même entièrement supprimées, par la compression permanente de la région sous-ombilicale. Je donne des soins à plusieurs femmes neurasthéniques, chez lesquelles la station verticale et la marche sont grandement facilitées par l'usage constant de la sangle hypogastrique de M. Glénard.

La constriction de la taille par le corset est la cause la plus commune et la plus efficace de l'entéroptose. A l'aide

de moules reproduisant la configuration de l'estomac chez des femmes de divers âges, M. Ziemssen[1] a bien mis en évidence la situation de plus en plus vicieuse que donne à cet organe la constriction exagérée et prolongée de la taille par l'abus du corset : le grand axe tend à devenir vertical, l'estomac prend une forme cylindroïde qui rappelle celle d'un gros intestin dilaté, et la région pylorique s'abaisse de plus en plus dans l'abdomen. De cet abaissement résulte un obstacle au passage de la masse alimentaire du pylore dans le duodénum ; de là l'exagération du péristaltisme stomacal, qui devient douloureux quelques heures après le repas ; de là aussi la dilatation de l'estomac et l'entéroptose consécutive. Aussi, dans tous les cas d'atonie gastro-intestinale neurasthénique de la femme, faut-il conseiller à la malade d'éviter cette constriction de la taille, et, dans les cas graves, lui faire comprendre la nécessité de supprimer entièrement le corset. Elle remplacera cet instrument de torture par une ceinture sous-mammaire, comparable à la brassière des jeunes enfants, maintenue par des bretelles qui passent sur les épaules, ceinture à laquelle sont fixées les diverses pièces du vêtement. J'ai souvent fait fabriquer ce petit appareil. Il me paraît être un adjuvant fort utile de la sangle hypogastrique.

Le traitement du deuxième degré de l'atonie gastro-intestinale est long, très long, et ce n'est pas en quelques jours qu'on peut obtenir une réelle amélioration. Malades et médecins ont donc besoin de patience et de persévérance. Malheureusement ces deux qualités font souvent défaut chez les malades. Ils vont de médecin en médecin,

[1] Ziemssen, *loc. cit.*

à la recherche du remède qui doit les guérir. Ce remède, ils ne le trouvent pas, et rien n'est plus funeste à leur état que ces changements continuels de direction médicale. Il n'y a pas de médicament, pas même de médication spécifique de l'atonie gastro-intestinale. Ces troubles digestifs sont des manifestations d'un état général du système nerveux. Il est donc nécessaire que le traitement local soit toujours associé à un traitement général de l'état neurasthénique. C'est dans une judicieuse combinaison de ces deux traitements que résident toutes les chances de succès.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 5
CHAPITRE PREMIER. — DÉFINITION ET NATURE DE LA NEURASTHÉNIE 11
CHAPITRE II. — ÉTIOLOGIE DE LA NEURASTHÉNIE. 16
Hérédité. 17
Éducation. 19
Races. 19
Arthritisme 21
Maladies antérieures. 22
Grossesse et allaitement. 23
Professions. 23
Milieux.. 24
Vie mondaine. 25
Intoxications.. 25
Travail musculaire. 26
Affections nerveuses organiques. 26
Troubles digestifs. Dyspepsies. 27
Excès génésiques. Onanisme. 33
Affections utéro-ovariennes. 34
Traumatisme.. 35
Excès de travail intellectuel. Surmenage scolaire. . . . 37
Passions dépressives. 42
Frayeur. 44
Résumé des causes. 48
CHAPITRE III. — PRINCIPAUX SYMPTÔMES OU STIGMATES DE LA NEURASTHÉNIE.. 52
Céphalée. 54

Insomnie. 56
Dépression cérébrale. 60
Asthénie neuro-musculaire. 64
Rachialgie. 68
Dyspepsie p[illegible]nie gastro-intestinale 70

CHAPITRE IV. — SYMPTÔMES DE LA NEURASTHÉNIE. 73

I. *Facies. Habitus extérieur*. 75

II. *Symptômes cérébraux*. 79
Agitation motrice. 79
Migraine. 80
Vertige.. 80
Hypocondrie. 82
Délire 84

III. *Etats d'anxiété neurasthénique*. 85
Formes atténuées. 86
Astraphobie. 87
Agoraphobie. 89
Topophobie. 91
Claustrophobie. 91
Anthropophobie. 92
Monophobie. 92
Pathophobie. 92
Phobophobie. 93
Sidérodromophobie. 93
Stasophobie. 94

IV. *Idiosyncrasies*. 99

V. *Troubles des organes des sens*. 101
Troubles de la vision. 101
Asthénopie neurasthénique. 104
Rétrécissement du champ visuel. 108
Troubles de l'ouïe. 108
Troubles de l'odorat et du goût. 110

VI. *Troubles de la sensibilité générale*. 110

VII. *Troubles moteurs*. 114

VIII. *Troubles circulatoires*. 120
Palpitations. 122
Tachycardie permanente. 123
Angine de poitrine. 131
Modifications du tonus artériel. 135
Caractères du pouls. 139
Troubles vaso-moteurs. 139

IX. *Troubles des organes génitaux*. 144

X. *Troubles urinaires*. 145
XI. *Troubles des sécrétions*. 147
XII. *Troubles respiratoires*. 148
CHAPITRE V. — TROUBLES DIGESTIFS DE LA NEURASTHÉNIE . . 150
I. *Atonie gastro-intestinale neurasthénique*. 152
Forme légère. 154
Symptômes 154
Troubles du chimisme stomacal. 158
Forme grave. 166
Complications 171
Colite pseudo-membraneuse. 171
Dilatation de l'estomac 173
Entéroptose. 174
II. *Troubles digestifs divers*. 177
CHAPITRE VI. — FORMES CLINIQUES DE LA NEURASTHÉNIE . . . 185
Neurasthénie gastrique, cardiaque, névralgique; hémineurasthénie; neurasthénie monosymptomatique, mentale; petite neurasthénie. 186
I. *Neurasthénie cérébro-spinale. Cérébrasthénie. Myélasthénie* 190
II. *Neurasthénie aiguë*. 196
III. *Neurasthénie héréditaire*. 199
IV. *Neurasthénie féminine*. 205
Symptômes. 206
Rapports de la neurasthénie avec les affections utéro-ovariennes. 214
V. *Neurasthénie génitale*. 219
VI. *Hystéro-neurasthénie*. 234
CHAPITRE VII. — HYSTÉRIE, NEURASTHÉNIE ET HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUES 238
Historique. 239
Causes. 245
Symptômes. 249
I. *Hystérie traumatique locale* 250
Troubles sensitifs. 252
Contractures. 253
Paralysies. 254
II. *Hystérie traumatique locale et générale*. 262
Nature du traumatisme. 262
Mode de début. 263

Paralysies. 264
Contractures. 269
Arthralgies. 269
Autres symp[illegible] hystériques. 271

III. *Neurasthén[illegible]aumatique*. 273

IV. *Hystéro-neurasthénie traumatique*. 280

Symptômes immédiats. Début. 280
Symptômes. 283
Description générale. 283
Attitude. Démarche. 285
Facies. 287
Troubles cérébraux. 287
Troubles sensitifs et sensoriels. 292
Troubles moteurs. 297
Etat des réflexes. 300
Troubles circulatoires. 302
Troubles digestifs. 302
Température. 304
Troubles génito-urinaires. 304

V. *Diagnostic*. 305

Hystérie locale et générale. 305
Neurasthénie et hystéro-neurasthénie. 313
Exagération. Simulation. 316
Maladies nerveuses antérieures. 323

VI. *Pronostic*. 324

Neurasthénie et hystéro-neurasthénie. 324
Hystérie locale et générale. 327

VII. *Pathogénie. Théories*. 328

VIII. *Traitement*. 338

CHAPITRE VIII. — Pronostic de la neurasthénie. 343

CHAPITRE IX. — Diagnostic de la neurasthénie. 352

Caractères généraux des symptômes neurasthéniques. . . 354
Affections nerveuses organiques. 355
Paralysie générale. 355
Tumeur cérébrale. 357
Atrophie musculaire progressive. 358
Myélite chronique et subaiguë. 358
Ataxie locomotrice. 360
Syphilis cérébrale. 361

Névroses. 363
Mélancolie. 363

Hypocondrie. 364
Hystérie. 364
Maladie de Basedow. 365
Anémie. 367
Rhumatisme. 368
Uricémie. Goutte. 368

CHAPITRE X. — Traitement de la neurasthénie. 371
I. *Traitement moral. Suggestion hypnotique.* 373
II. *Traitement systématique de M. Weir Mitchell.* 377
Exposé de la méthode. 378
Indications. Résultats. Appréciations. 395
III. *Divers agents thérapeutiques. Agents physiques.* 401
Isolement. Séparation. Séjour dans un établissement spécial. 402
Repos et activité physiques. 404
Repos de l'esprit. Travail intellectuel. 406
Massage. 408
Electricité. 408
Faradisation générale. 409
Galvanisation des centres nerveux. 411
Applications locales de l'électricité. 412
Electrisation statique. 417
Alimentation. 420
Hydrothérapie. 423
Suspension. 425
Voyages. 425
Climats. Bords de la mer. Montagne. 428
IV. *Agents pharmaceutiques.* 432
V. *Traitement de l'atonie gastro-intestinale.* 439
Alimentation. 440
Choix des aliments. 442
Quantité des aliments. 447
Boissons. 448
Agents thérapeutiques. 450
Electrisation de l'estomac. 455
Constipation. 457
Electrisation du gros intestin. 460
Complications de l'atonie gastro-intestinale. 463
Dilatation de l'estomac. 463
Colite pseudo-membraneuse. 463
Entéroptose. 465

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

INDEX ALPHABÉTIQUE

Aboulie. . 62, 209, 213, 279, 289
Acides minéraux. 438
Accommodation (Troubles de l'). 107, 296
Activité physique. 404
Agitation motrice. 79
Agoraphobie. 89
Aimants. 344
Albuminurie. 145
Alcalins. 451
Alcool. . . 25, 100, 248, 438, 449
Alimentation. 420, 44)
Allaitement. 23
Amaigrissement. . . . 167, 303
Amblyopie. . . . 58, 271, 296
Américain (mal). . . 16, 20, 76
Amnésie. 36, 288
Anachlorhydrie. . . . 159, 166
Anémie.. . . . . 12, 367
Anesthésie. . 110, 227, 265, 295
Angine de poitrine. . . 131, 143
Anorexie. 178, 180
Anthropophobie. 92
Anxiété. . . . 85, 143, 290. 346
Appétit. 154, 178
Arsenic. 233, 436
Arthralgies. 269, 312
Arthritisme. 21
Arythmie. 124
Asthénie neuro-musculaire . 64 114, 213, 297, 315
Asthénopie. 104
Asthme. 149
Astraphobie. 87
Ataxie. . 114, 194, 236, 323, 360
Atonie gastro-intestinale. 70, 152, 303
Atrémie. 95
Atrophie musculaire. . 268, 315
— progressive. 358
Attaques hystériques. . 272, 298
Attention (diminution de l'). 60, 289
Attitude. 285
Automatisme cérébral. . . . 281
Autonomie de la neurasthénie. 7, 74

Bains. 424
— électro-statiques.. . . 417
Basedow (maladie de). 46, 349, 365
Bégayement. 300
Belladone. 232
Boissons. 422, 448
Bords de la mer. 427
Bromures. 232, 433

Cachexie traumatique. . . . 303
Café. 100, 437
Camphre. 222
Caractère (modification du), 63, 289
Casque neurasthénique. . . 54
Ceinture sous-mammaire. . . 466
Centres nerveux (Contusion des). 329

Céphalée neurasthénique. . . 143, 292, 416
— des adolescents. . . . 56
Cérébrasthésie. 191
Cérébraux (troubles). . . . 287
Cérébro-cardiaque (névropathie). 8, 109
Champ visuel. . . 108, 296, 320
Chanvre indien. 436
Chemin de fer (accidents de). 246
Chimisme stomacal. . . 158, 413
Chlorhydrique (acide). 164, 436, 453
Chloroforme. 25
Circulatoires (troubles). 120, 302
Claustrophobie. 91
Climats. 428
Coca. 437
Cocaïne. 25
Coccygodynie. 68
Cœur (hypertrophie et dilatation du). 302
Coït (excès de). 33, 220
Coli e pseudo-membraneuse. 171, 463
Compression des nerfs. . . 111
Congestions. . . . 14, 141, 142
Conjonctive (rougeur de la). . 101
Constipation. . . 157, 303, 457
Contractures. . . 253, 269, 298
Contusion des centres nerveux, 329
Corset. 32, 175, 466
Crampe des écrivains. . 117, 349

Définition de la neurasthénie. 11
Délire. . . . 84, 278, 287, 292
Démarche (troubles de la). . 285
Dépression cérébrale. 65, 272, 287
Dérobement (sensation de) des jambes. 65
Désespoir (accès de). . . . 64
Diagnostic. 305, 352
Diarrhée. 143, 181, 302
Digestifs (troubles). 27, 150, 303.
Dilatation de l'estomac. 28, 31, 173, 302, 463
Dipsomanie. 348
Douches. 424
Douleurs spontanées. . 113, 292
Drap mouillé. 423
Duboisine. 437
Dynamomètre. . . . 115, 345
Dyschromatopsie. . . 296, 302
Dyspepsie. 27
— par atonie gastro-intestinale. 70
— nerveuse. . . . 150, 186
Dysphagie. 179
Dyspnée. 148

Eaux minérales. 340
Education. 19
Ejaculation (troubles de l'). . 222
Electricité. 390, 408
— statique 417
Electrisation du cerveau . . 412, 416, 418
— du cœur. 415
— de l'estomac. 455
— du gros intestin. . . . 460
— des nerfs. 415
— des organes génitaux. . 231, 232, 233
Emotivité. 63, 289
Encéphalite. 320
Engourdissement (sensation d'), 111
Entéroptose. . . . 28, 174, 465
Epuisement nerveux. . . . 11
Ergot de seigle. . . . 233, 436
Estomac (dilatation de l'). 28, 31, 173, 463
Estomac (lavages d') . . . 452
Etat mental. 272, 338
— nerveux. 8
Ether. 25
Etincelle électrique. 418
Etiologie. 16
Exagération. 74, 315
Excès génésiques. 33
Excitabilité électrique (diminution de l'). 320
Extrémités (refroidissement des). 71, 141

Facies. 75, 287
Faiblesse irritable. 11
Famille névropathique.. . . 17
Faradisation générale. . . . 409
Fatigue cérébrale. . . 40, 42, 287
— musculaire. 115
Fer. 435
Fermentations acides. . . . 161
169, 445
Fièvre des foins. . . . 100, 349
— nerveuse. . . . 198, 304
Foie. 176
Folie avec conscience. . . 97, 205
Formes cliniques.. 185
Foudre. 247
Frayeur. 44

Galvanisation générale. . . 411
— des centres nerveux. . 411
Génito-urinaires (troubles). . 304
Glycosurie. 145
Goût (troubles du). . . 110, 297
Goutte. 195, 368
Graisses. 422, 445
Grossesse. 23

Habitus extérieur. 75
Hallucinations. 98, 291
Hémianesthésie. . . . 271, 294
Hémineurasthénie. 187
Hémiplégie. 266, 298
Hérédité. . . . 17, 199, 248, 345
Huile de foie de morue. . . 438
Hydrothérapie. 423
Hygiène cérébrale. 62
Hyperchlorhydrie. . . 181, 303
Hyperesthésie.. . . . 111, 252, 293
Hyperhydroses. 148
Hypertrophie du cœur. . . 302
Hypnotiques (médicaments). 59, 435
Hypnotisme. . . . 336, 340, 375
Hypocondrie. . . 82, 290, 347, 364
Hystérie. . . . 19, 250, 331, 361
Hystéro-neurasthénie. . . 37, 234

Idiosyncrasies 99
Iléus nerveux. 183
Impotences fonctionnelles. . . 117
Impuissance . . 71, 144, 222, 231
304, 346
Incubation (de la paralysie hystérique). 263
Infectieuses (maladies). . . 22, 345
Inhibition. 12
Injections urétrales. . . . 229
Insomnie. 56, 291, 434
Institutrices. 41
Intellectuel (excès de travail). 37
Intelligence (troubles de l'), 60, 287
Interrogatoire. 322
Intoxications.. . . . . 25, 236
Irritation spinale . . 5, 8, 69, 112
Isolement. . . . 210, 379, 402

Jambes, sensation de dérobement. 66

Koumis. 438

Lacrymale (troubles de la sécrétion). 148
Lait. 446
Langue. 155, 179
Lavages de l'estomac. . . . 425
Lavements. 449, 458, 464

Mariage 236, 372
Massage.. . . 342, 386, 408, 459
Mélancolie.. . . 290, 347, 363
Mémoire. 60, 288
Mer (bords de la). 428
Migraine. 55, 80, 200
Milieux. 24
Misère. 235
Mondaine (vie). 25
Monophobie. 92
Monoplégie. 298
— brachiale. 264
— crurale 266
Montagne. 428
Moral (traitement). 373

Morphine. 25
Morphinomanie. 348
Moteurs (troubles). . . 114, 297
Mouches volantes. 103
Musculaire (travail). . . . 26
Mutisme. 300
Myasthénie. 193
Myélite. 329, 358
Myosis. 102

Nature de la neurasthénie. . 11
Néphrite. 146
Nerfs (compression des). . . 111
— crâniens. . . . 300, 315
Nervosisme. 8
Neurasthénie acquise . . . 18
— aiguë. 48, 196
— cardiaque. . . . 120, 186
— cérébrale. 191
— cérébro-spinale. . . 190
— féminine. 205
— gastrique. . . . 152, 186
— génitale. . . 33, 144, 219
— héréditaire. . . . 18, 199
— mentale. 204
— monosymptomatique. . 188
— névralgique. 186
— petite. 188
— spinale. 193
— traumatique. 273
— viscérale. 14
Névralgies. . 113, 187, 320, 415
— protéiforme. 8
— générale 8, 114
Névrite optique. 314
— périphérique. 332
Névropathie cérébro-cardiaque. 8, 109
Névropathique (famille) . . 17
Névrose traumatique. . . 36, 242
273, 330
Névroses. 363
Nevrospasme. 8
Nutrition. 167, 303

Odorat. 110, 296
Œdème. 141
Œil irritable. 106
Onanisme. 33, 220
Opium. 99, 232, 438
Organiques (affections nerveuses) 26
Ouïe. 108, 296
Ovaire (ablation de l'). . . 217
Ovarites. 215
Oxalurie. 145

Pâleur de la peau. 140
Palpitations. 122, 415
Pancréatine. 452
Papiers (l'homme aux petits). 77
Papille. 103, 314
Paralysie générale. 355
Paralysies hystériques. . 254, 264
267, 298
— neurasthéniques. . . 118
— vaso-motrices. . . . 140
Paraplégie hystérique. . 266, 298
— neurasthénique. . . . 119
Parole. 149, 299
Passions dépressives. . . 42, 50
Pathogénie.. 328
Pathophobie. 92
Paupières (pesanteur des). . 101
Peau (pâleur de la). 140
Pepsine. 161, 451
Peptones. 160
Pharmaceutiques (agents). . 428
Phloroglucine-vanilline. . . 158
Phobophobie. 93
Phosphates. 438
Phosphaturie. 146
Plaque sacrée. 68, 294
Pollutions nocturnes . . . 222
Polyurie. 145, 301
Pouls. 128, 139, 301
Pression atmosphérique . . 100
Priapisme. 304
Professions. 23, 407
Pronostic. 324, 343
Prophylaxie. 51, 372
Prostatite. 221

Prostatorrhée.. . . . 225, 228
Psychoses. . . 228, 287, 327, 347
Psychrophore. 232
Pupille 71, 102 295 315
Purgatifs. 457

Quinine. 233

Races. 19
Rachialgie 68, 294
Railway-brain. 242
Railway-spine. 240
Ralentissement du pouls. . 122
Réflexes (phénomènes). . 14, 32
Réflexes cutanés. 201
— tendineux. . 116, 300, 315
Refroidissement des extrémités.. . . . . 71, 141
Règles. 209
Reins. 176
Repas d'épreuve. 159
Repos. 383, 404
Résistance au passage du courant électrique . . . 265, 321
Respiratoires (troubles). . . 148
Rétine. 103
Rêves. 58, 272, 291
Rhumatisme. 195, 368
Roséole émotive. 140

Salivaire (sécrétion). . . 147, 180
Salol. 464
Sangle hypogastrique. . . . 465
Saturnisme. 25, 236
Secousses fibrillaires. . 116, 117
298, 358
Sécrétions (troubles des). . 147
Séjour dans un établissement spécial. 402
Sens (troubles des organes des) 101
Sensiblité générale (troubles de la).. 110
Sensitifs (troubles). 292
Sensoriels (troubles). . . . 292
Séparation.. 402
Shock nerveux. . . . 251, 333
Sid[illegible]mophobie.. 93
Simulation? 315
Soif 179
Sommeil. 57, 142, 291
Somnole[illegible] 57
Souffle électrique . . . . [illegible]18
Spasme glosso-labié. . . . [illegible]67
Spermatorrhée. . . . 225, 304
Stasophobie. 94, 214
Stigmates hystériques . 261, 271
— neurasthéniques.. . . . 52
Stimulants. 422
Stomacal (chimisme). . 158, 413
Strychnine. . . . 233, 304, 437
Sueurs. 148
Suggestion 334. 375
Suicide. . . . 64, 228, 290, 344
Suralimentation. 391
Surmenage cérébral. . . 21, 39
Suspension. 425
Symptômes de la neurasthénie.. . . . . 52, 73
Syncope. 121
Synoviales. 147
Syphilis cérébrale. . . . 361

Tabac. 25. 423, 450
Tachycardie. 130
— permanente neurasthénique. 123, 302
Tempérament nerveux. . . 355
Température. 304
Thérapeutiques (agents). . . 450
Tonus artériel. . . 67, 135, 155
Topophobie. 91
Traitement 333, 371
Traumatismes.. . . . 35, 245
Travail. 406
— intellectuel (excès de).. 27
— musculaire. 26
Tremblement. 117, 299
Tremblement de terre . . . 247
Tristesse. 290
Tuberculose. 344
Tumeur cérébrale. 357

Urétrite. 221
Uricémie. 21, 368
Urinaires (troubles). 145, 304, 315
Utéro-ovariennes (affections). 34
214, 395

Vagabonds. 235
Vaso-moteurs (troubles). 14, 139,
414
Vert-brillant. 158
Vertige. 80, 142, 292
Vision (troubles de la).. . . 101
Voix neurasthénique. . . . 149
Volonté. 62, 279, 289
Vomissement. . . 178, 180, 302
Voyages. 425
Vue. 101, 295

Zinc. 437

FIN DE L'INDEX ALPHABÉTIQUE

LYON. — IMPRIMERIE PITRAT AÎNÉ, 4, RUE GENTIL

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

BEAUNIS. *L'évolution du système nerveux.* 1890. 1 vol. in-16, avec 125 figures (Bibliothèque scientifique contemporaine). . . . . 3 fr. 50

BOUCHUT. *Du nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses,* 2e *édition.* 1 vol. in-8, 650 pages. . . . . 6 fr.

CERISE (L.). *Influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux.* 1 vol. in-4, 170 pages . . 3 fr.

CORIVEAUD (A.) *Hygiène des familles.* 1890, 1 vol. in-16 de 320 pages (Bibliothèque médicale variée). . . . . 3 fr. 50

COUVREUR. *Les exercices du corps,* le développement de la force et de l'adresse. étude scientifique, 1 vol. in-16 de 351 pages, avec 59 figures (Bibliothèque scientifique contemporaine) . . . . . 3 fr. 50

CULLERRE. *Les frontières de la folie.* 1 vol. in-16 de 350 pages (Bibliothèque scientifique contemporaine). . . . . 3 fr. 50

— *Nervosisme et névroses.* Hygiène des énervés et des névropathes. 1 vol. in-16 (Bibliothèque scientifique contemporaine). . . . . 3 fr. 50

DEGOIX, *Maladies et Médicaments à la mode.* 1891, 1 vol. in-16., 178 p. (Petite Bibliothèque médicale). . . . . 2 fr.

EDINGER. *Anatomie des centres nerveux.* 1 vol. in-8, avec 120 fig. . 8 fr.

GARNIER (PAUL). *La folie à Paris,* 1 vol. in-16 de 350 pages. . 3 fr. 50

GINTRAC (E.). *Influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse.* 1 vol. in-4. . . . . 3 fr. 50

HAMMOND (W.) ET LABADIE LAGRAVE. *Traité des maladies du système nerveux.* 1 vol. gr. in-8, XXIV-1278 pages, avec 116 figures. . . . . 20 fr.

HERZEN (AL.). *Le cerveau et l'activité cérébrale.* 1 vol. in-16 (Bibliothèque scientifique contemporaine). . . . . 3 fr. 50

LEBLOND ET BOUVIER. *La Gymnastique et les exercices physiques.* 1 vol. in-16 de 492 p., avec 80 fig. cart. (Bibliothèque des connaissances utiles. 4 fr.

LETIEVANT. *Traité des sections nerveuses.* 1 vol. in-8 de XXVIII-548 pages, avec 20 fig. . . . . 8 fr.

LEYDEN (E). *Traité clinique des maladies de la moelle épinière,* par E. LEYDEN, professeur à l'Université de Berlin. 1 vol. gr. in-8 de 850 pages. 14 fr.

REVEILLÉ-PARISE (J.-H.) ET CARRIERE. *Hygiène de l'esprit.* Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux intellectuels, 1 vol. in-16 de 435 pages. . . . . 3 fr. 50

RIANT. *Les irresponsables devant la justice.* 1 vol. in-16 (Bibliothèque scientifique contemporaine). . . . . 3 fr. 50

— *Le surmenage intellectuel et les exercices physiques.* 1 vol. in-16 de 320 pages (Bibliothèque scientifique contemporaine). . . . . 3 fr. 50

VALLEIX. *Traité des névralgies.* 1 vol. in-8, 720 pages. . . . . 8 fr.

VOISIN (AUG.). *Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses.* 1 vol. gr. in-8 de 770 pages avec figures intercalées dans le texte, 5 planches lithographiées et 3 planches photoglyptiques. . . . 15 fr.

ZAMBACO. *Les affections nerveuses syphilitiques.* 1 vol. in-8, 596 pages. 7 fr.

LYON. — IMPRIMERIE PITRAT AINÉ, RUE GENTIL 4

3 2044 014 521 066

The borrower must return this item on or before the last date stamped below. If another user places a recall for this item, the borrower will be notified of the need for an earlier return.

*Non-receipt of overdue notices does **not** exempt the borrower from overdue fines.*

Harvard College Widener Library
Cambridge, MA 02138 617-495-2413

WIDENER
WIDENER
DEC 1 1 2005
NOV 2 9 2005
CANCELLED
Book Due

WIDENER
SEP 0 9 2006
SEP 1 1 2006
CANCELLED

Please handle with care.
Thank you for helping to preserve library collections at Harvard.